

مجلة
المعهد الطبي العربي
تبحث في الطب والصيدلة بجميع فروعها

يصدرها في دمشق مصورة
المعهد الطبي العربي
مرة في الشهر ما عدا شهرَي آب وابلول

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض والسرريات الجراحية
وعضو المجمع العلمي العربي
دمشق : سورية

السنة الرابعة عشرة

١٩٣٩

طبعت في مطبعة الجامعة السورية

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٩ م . الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٨ هـ .

سنتنا الرابعة عشرة

اذا كانت الصحافة المقياس الذي تقاس به حضارة البلاد وكانت المجلات الطبية الدليل على درجة ارتقاء الطبابة في البلد الذي تصدر منه تلك المجلات حق لنا، ومجلتنا الصحيفة الطبية الوحيدة في البلاد السورية، ان نوجه انظارنا في مطلع سنتنا الرابعة عشرة الى زملائنا الافاضل سائلين منهم ان يمدوا هذه المجلة بشرات بحثهم وتنقيهم وان يشجعوها بالاقبال عليها لتستطيع السير بخطى ثابتة الى الامام لانها ان ارتقت كانت دليلاً على ارتقاء مستوى الطب في البلاد السورية وان تفهقرت لا سمح الله كانت البرهان الدامغ على تفهقر الطب في هذا البلد العزيز . ولا تستطيع الصحافة الحياة ان لم يقبل الشعب عليها وينغذيها بعلمه وماله ولا تقوى على الازدهار ومماشة المجلات الراقية بمظهرها الزاهي الجميل وابحاثها المفيدة اذا لم يمدّها كل زميل عربي مجلته الخاصة ويفرد لها في خزانة كتبه المقام الاول . فمدسى ان تنسب هذه العاطفة الوطنية النبيلة في زملائنا الافاضل وان رى منهم ما ننتظر فتزداد مجلتنا اتقاناً كلما ازدادوا عليها اقبالاً وفقنا الله الى ما فيه خدمة هذا الوطن العزيز ووقع مستوى الطب في بلادنا انه السميع المحيب .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١١ نيسان سنة ١٩٣٩

قرئت التقارير التالية :

١ — عيلة مصابة بالضمور العضلي البدني، للعلمين ترايو وبشير الطم : عيلة مؤلفة من أم وخمسة اولاد قد نسلوا من قران ضاوي (consanguin) (قران بين ابنا العم) واربعة من هؤلاء الخمسة مصابون بالضمور العضلي البدني الذي بدأ في كل منهم بالشكل الضخامي الموهم (pseudo-hypertrophique) المنسوب الى بولونيه في السنة السادسة من العمر . وقد اصيب القطنان في الولد الثالث البالغ من العمر ثمان سنوات والولد الثاني الذي بلغ الخامسة عشرة من عمره . واصيبت عضلات الزنار الكتفي في الولد البكر البالغ من العمر ١٧ سنة . واما الصغير الذي بلغ الخامسة من عمره فلا يزال سليماً حتى الآن ، وقد اجتمعت في هذه العيلة الاشكال الدراسية للضمور العضلي البدني الاسامي : الشكل الضخامي الموهم الذي اكتمل بشكل ليدن مايوس وانخيراً بشكل أرب الفتوي . وشكل لاندوزي ديجرين وحده لم يصادف فيها

الناقشة : العلميان مرشد خاطر ، حسني سبيع

٢ — حادثة رنية مزمنة مشوهة تحسنت باستئصال نظائر الدرق — العلم عزة مريدن

مرضى مصاب بالرنية المزمنة المشوهة وقد عمّ الداء معظم مفاصله وشوه تشويهاً شديداً قدميه ، كلس دمه ١٨٥ ملليغراماً ، آلامه مختلفة وعجزه شديد ، استؤصلت أظفار الدرق في الجهتين بعد ان خابت المعالجات الدوائية

فيه فتمكن المريض بعد ان كان مقعداً في سريره من المشي في اليوم الخامس من العملية وخفت آلامه بسرعة ،

الناقشة : العلماء ترابو ، لوسر كل ، الشطي ، شارل ، شابو ، مريدن

٣ — حول تثبيت المعدة ، العلم شابو : حادثة مريض مصاب بهبوط المعدة

تحسنت حالته كثيراً بعد ان ثبتت معدته . وقد لفت الباحث الانظار الى حسن العملية في الفقراء الذين لا يستطيعون المعالجة بالوسائل التجبيرية التي تستدعي مراقبة دقيقة .

الناقشة : العلماء لوسر كل ، شارل ، شابو ، ترابو .

٤ — قدم العلم لوسر كل في آخر الجلسة قطعة جراحية هي كيس

طحال مائة قد زوت الحالب الايسر كما استدل من رسم الحويضة الراجع

٢٠ خ .



عيلة مصابة بالضمور العضلي البدئي

للطبيين ترايو وبشير المظنه

رغبنا في تقديم هذه المشاهدة لكم مع علمنا ان الضمور العضلي البدئي ليس مرضاً نادراً ولكن الشكل الذي ظهرت به هذه الآفة من تشابه تام في السير وتغيير الاشكال السريرية في اربعة اطفال من اصل خمسة يحملنا على الاعتقاد انها لا تخلو من الفائدة :

تتألف عيلة القضماني في الوقت الحاضر من والدته وخمسة اطفال .

الوالدة: عمرها ٥٥ سنة صحتها جيدة ولدت من زوجها الاول طفلين مات احدهما في الرابعة من عمره بالحبسة والآخر صحته جيدة . وقد توفي زوجها الاول في اثناء الحرب العامة . وتوفي زوجها الثاني بالهيبضة الاسيوية (الكوليرا) وقد كانت تزوجت به وعمرها ثلاثون سنة وهو ابن عمها فرزقت منه خمسة اطفال واجهضت ثلاث مرات بين الشهرين الثالث والسادس من الحمل .

محمود اصغر اطفالها عمره خمس سنوات لا يزال سليماً غير مصاب بأية آفة عضلية .

ذكرى طفلها الثاني عمره ست سنوات بدأ مرضه منذ بضعة اشهر فشكا ضعف القوة العضلية في الطرفين السفليين مع ضخامة الحماطين من نموذج دوشان دوبولونييه وقد بين الفحص الكهربائي ان اعصابه وعضلاته تتنبه وتتقلص بصورة طبيعية .

يحيى : طلقها الثالث عمره ثماني سنوات اصاب وهو في الخامسة بحمى كان منها ان ظل اصمّ أبكم « ولعلها ذات السحايا » بدأت الضخامة العضلية في الحماطين في السنة السابعة . وقد لاحظنا ضموراً في العضلات القطنية حتى ان المريض لا يتمكن من الوقوف الا اذا تسلق مستنداً بطرفه العلويين الى الارض اولاً ثم الى ركبتيه والتفاعلات الكهربائية في الاعصاب والعضلات طبيعية .

عبدالله ولدها الرابع عمره ١٥ سنة بدأت الضخامة العضلية في حمايته في السنة السابعة ونرى الآن عرضاً عن الضخامة ضموراً ظاهراً في العضلات مع قدمين عرجاوين روحاوين (pieda bots varus) والقدم اليمنى اكثر تشوهاً من اليسرى والصدر مشوه والكثف اليسرى ضامرة والرأس هابط الى الامام وقد ابدى الفحص الكهربى ضعف تنبه بالتيارين القارادي واللففاني في اعصاب الضفيرة العصبية وشعب العصب الوركي مع بقاء التنبه العضلي طبيعياً .

ياسين : ولدها الخامس عمره ١٧ سنة مقعد اصاب بضخامة الحماطين في طرفيه السفليين وضمور العضلات القطنية ثم اصاب الزنار الكتفي في الثانية عشرة مع تشوه الصدر بشكل جنف واضح . يبدو بالفحص الكهربى نقص تنبه بالتيار القارادي مع بقاء التنبه اللففاني في جميع العضلات الضامرة ليس الضمور العضلي البدني كما ذكرنا آفة نادرة في بلادنا فقد شاهدنا منه عدة حالات بشكل الضخامة الكاذبة في خلال بضع من السنين الماضية وتشاهد هذه الآفة في جميع اقطار المعمور . وان ما دعانا الى تقديم هذه

المشاهدة هو وضوح فعل الاضواء (consanguinité) فيها فقد ظهرت هذه العلة في اطفال مولودين من ابوين قريبين وعدم ظهورها في الطفل المولود من زوج الوالدة الاول ثم ظهور اشكال سريرية مختلفة بازمنة متشابهة في الاطفال الاربعة وبسير سريري متشابه تمام التشابه فقد بدأت العلة في الجميع بشكل ضخامة عضلية كاذبة من نموذج دوشان دوبولونية ثم تطورت الى شكل ليدن مويوس واخيراً أصيبت عضلات الزنار الكتفي كما في الشكل القنوي لأرب حتى ادت الى اقعاد اكبرهم سنأ .

الناقشة - العلم مرشد خاطر : ما هي معالجة هذه الآفة وما ينتظر منها ؟

العلم ترايو : لقد اشاروا باستعمال الفليكو كول والجانوستاتيك غير ان الامل ضعيف بقائدهما بعد ان يكون الداء قد بلغ شأوه كما في هؤلاء المرضى





AFFECTIONS
GASTRO-INTESTINALES
LACTYL "MEURICE"

**Bactéries lactiques vivantes douées vis-à-vis
de la flore microbienne intestinale d'un
pouvoir antiputride très élevé.**

LEURS TROIS QUALITÉS—Vitalité

Longévité

Activité

5 ans minimum

Comprimés à 0.50 grammes

UNION CHIMIQUE BELGE S.A.

**Division : Produits Pharmaceutiques
"MEURICE"**

61, Avenue Louise - BRUXELLES

Tél : 37.12.20

AGENTS GÉNÉRAUX POUR LIBAN, SYRIE, IRAK

السبارتو كافور - والسبارتو فال

هما ملحقان من ملاح السبارتين مستعملان في معالجة امراض القلب والاعوية تنشط فيهما خواص السبارتين

السبارتو فال منظم للقلب ومسكن
للاعصاب

علاج الآلام الصدرية وتشوشات القلب
والاعوية الوظيفية

لمعالجة تشوشات النظم
ملبس في كل منها ٠,٠٥ سنتيم

السبارتو كافور مقو للقلب ومد للبول
يتصف بجميع خواص الزيت المكوفر
والسبارتين ويستعمل حيث يستعملان
الشكل :

جواب فيها ٢ و ٥ سم (للمعالجة
الستجبة)
ملبس (في المعالجة العادية)

LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **Spartéine** en thérapeutique cardio-vasculaire
nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées
et renforcées:

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPBRE

Campho-sulfonate de spartéine et de sodium

TONICARDIAQUE ET DIURÉTIQUE

synergie médicamenteuse puissante
possédant toutes les indications de
l'huile camphrée et de la spartéine.

FORMES

Ampoules de 2 et 5 c.c.

(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien).

l'acide valérienique dans le

SPARTOVAL

Isonalérianate neutre de la spartéine

CARDIO RÉGULATEUR ET NEUROSEDATIF

médicament des algies et troubles
fonctionnels cardiaque et cardio-
vasculaire.

Traitement des arythmies

Dragées dosées à 0 gr. 05

Laboratoires CLIN.-COMAR et C^{ie}

20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris

حادثة رثية مزمنة مشوهة تحسنت باستئصال

نظيرتي الدرق

للمليم عزة مريدن

المريض كامل بن عبد الحميد القصار عمره (٧٥) سنة من دمشق ، دعاني الى داره بعد ظهر ١٥ كانون الثاني ١٩٣٩ لآلام مفصلية وصلابة في جميع المفاصل ، وفي العمود الفقري . رأيتة نائماً في سريره ، وجهه شاحب هزيل ، ورأسه ملق على الوسادة ، ينظر الى الامام بعينين جامدتين غير مستطيع تحريك رأسه ، طرفاه العلويان ممددان الى جانبي جسمه بدون حراك ، طرفاه السفليان منعطفان ، قدماه متباعدتان ، واصابعها منكشحة كأن نهاياتها تختفي في الوجبين الاخمصيين .

سألت المريض عن تاريخ دائه فقال ان مرضه بدأ منذ ست سنوات اذ أخذ يشعر بآلام في الناحية القطنية ، انتشرت تدريجاً الى العمود الظهري ثم الى الكتفين . وبعد شهرين أحس بثقل في اصابع يديه ، انقلب نائلاً وائماً في اثناء القبض والبسط ولا سيما في الايام الباردة الرطبة ، واصبحت مفاصل الاصابع صلبة ، ثم اتبعت وعادت حركاتها محدودة ولا سيما المفاصل المشطية السلامية ، وامتدت الصلابة الى المصميين والمرفقين والعنق ولم يعد المريض قادراً على الركوع في الصلاة واضطر الى الصلاة وهو جالس .

وبعد ثلاث سنوات استشار كثيراً من الأطباء فوصفوا له علاجات مسكنة مختلفة ، لم تفد شيئاً في صلابة المفاصل ولا في حركاتها المحدودة وازداد المرض سوءاً ، وامتدت الآلام الى اصابع القدمين ، وخفت قليلاً في الظهر والرقبة ، فيما ازدادت الصلابة ، واشتد الانتباذ في مفاصل الاصابع ، وانقطعت نهايات اصابع القدمين نحو الوجهين الاخصيين . وظلت حالة المريض كذلك سنة كاملة .

يذكر المريض في سوابقه انه اصيب بداء الدماغل طيلة اربعة اشهر وشفي بعد المعالجة ، ولم يصب بالزهري او بالسل .

فحصت المريض فحصاً سريرياً فلم اجد في اجهزته آفة الا بعض خراخر الاحتقان المنفعل الناجم عن اضطجاع هذا المريض الشيخ زمناً طويلاً ، وهو مصاب ببعض عند يضطره الى استعمال المساهل في اكثر الايام . جربت اجلسه ورففته برأسه فتألم كثيراً ، ولم يستطع الجلوس الا بحركة ذاتية كان رأسه وعنقه وجذعه قطعة واحدة ، وظل عطف الرأس او بسطه مستحيلين تقريباً ، حركات الكتفين والمرفقين محدودة قليلاً وموئمة بينما حركات المصمين محدودة وموئمة الى اقصى الحدود .

اصابع اليدين جامدة منبسطة . والمفاصل المشطية السلامية منمطفة قليلاً نحو الوجه الراحي . المفاصل السلامية السلامية متبجة ، جسبا او تحريكها يثير آلاماً حادة ، العضلات ما بين العظام ضامرة ومثلها عضلات ضرة اليد واليتها ، يغطيها جلد رقيق لامع خائف بارد ، الاظافر قاسية وبعضها منمقف ومشقق ، المصم متبج ومنمطف قليلاً ، عضلات الساعد ضامرة ،

اصبع القدم الكبيرة منحرفة نحو الوحشي ، والاصابع الاخرى منحرفة ايضاً نحو الوحشي ومشوّهة ، المفاصل المشطية السلامية منتبجة ، والمريض مقعد لا يستطيع المشي ولا الوقوف .

لم يكشف فحص البول شيئاً ، كلس الدم ١٨٥ ملغراماً في لتر من المصل والبول ٤٥ ساتنغراماً .

عولج المريض بالكبريت واليود وملاح الذهب والمسكنات فلم يتبدل حالته كانت آلامه تخف مؤقتاً ثم تعود اشد مما كانت ، وازدادت صلابة المفاصل ، واشتد هزال المريض وهبطت قواه ولم تنجح وسيلة في تسكين آلامه وجود جسده .

عرضت على المريض المعالجة الجراحية وقدمته الى الاستاذ لوسر كل فاقترح نزع نظائر الدرق .

نقل المريض الى مستشفى الدكتور سادات على وحالة صباح ٦ آذار ١٩٣٩ ، وفي اليوم الثاني بضمه الاستاذ لوسر كل يساعده الدكتور سادات ، خدر المريض بمحلول النوفوكائين ونزعت منه غدتان من نظيرات الدرق واحدة من كل جهة وربطت بمض اغصان الاوعية الدرقية ، وخيط الجرح باشمار فلورنسة وفي اليوم الثاني بدا في المريض تحسن صريح ، وحرك للمرة الاولى بعد زمن طويل ، اصابع يديه ورجليه ، وجرب الجلوس في سريره فكان جسده اقل صلابة وتمكن من الانحناء قليلاً الى الامام ، وازداد التحسن ، ففي اليوم الخامس استطاع الوقوف واجرى بعض الخطوات ، نزع الخيوط واتبدل الجرح بالمقصد الاول وغادر المريض المستشفى في اليوم العاشر

نازلاً على السلم يساعده ولده بعض المساعدة ، وخفت الآلام الشديدة التي كانت تمنعه عن النوم وزالت في الايام الاخيرة قبل خروجه من المستشفى وصار ينام نوماً هنيئاً . وقد رأيت المريض بعد ذلك غير مرة فكان راضياً كل الرضى عن النتيجة التي وصل اليها ، لم تمنح الصلاصة بتاتاً ولكنها خفت كثيراً وعاد للمفاصل معظم حركاتها .

الناقشة : الطبيب ترايو : أهارت كلس الدم بعد العملية وهل راقبت نتيجة التوسط الجراحي بالرسوم الشعاعية قبل العملية وبعدها ؟

الطبيب مريدن : لا لان الحالة كانت تستدعي رسوماً عديدة

الطبيب ترايو : كان بإمكانك ان تراقب ذلك على الاقل في المفاصل الاكثر اصابةً .

الطبيب لوسركل : ان التحسنات التي تنشأ من استئصال نظائر الدرق ليس مصدرها التأثير في كلس الدم او الآفات الموضعية فقط ، فهي تكاد تكون آنية حتى انها تظهر بعد العملية بضع ساعات وتظهر هذه التحسنات بالخاصة في التصلبات والالام .

الطبيب ترايو : ما هي آلية استئصال نظائر الدرق ؟

الطبيب لوسركل : اتناجملها ومما لا شك فيه ان الرئة المفصليّة الزمّة وداء ركنيهوزن المظلي والتصلب الادمي تجنّى منها فائدة كبيرة وسريعة غير انها قد تكون موقّعة .

الطبيب شوكة الشطي : اذكر مشاهدة مريض تحسنت حالة رثيته تحسناً باهراً بعد استئصال نظائر الدرق فيه غير ان الفحص النسيجي لقطعطة المرسلة

اثبت ان ما ظن نفاثاً دوق لم يكن الا كتلة شحمية .

العلم شاول : يمكننا ان نقابل بين استئصال نفاث الدوق واستئصال السكظر فان نتائج المملتين الحسنة تنشأ من فعل العملية بالودي اكثر من فعلها بالغديتين قسميهما .

العلم شابو : ان استئصال نفاث الدوق تحسن رثايت كلس الدم فيها ناقص عن حده الطبيعي .



حول تثبيت المعدة

للعلم شاربو جراح المستشفيات العسكرية

ترجمها العلم جمال نصار

المريض الذي سألته اليكم عنه اليوم دخل المستشفى العسكري لكسر مفتوح في وسطه اليمنى وكان يشكو ثقلًا في ناحية المعدة في ساعات غير معينة ترافقه أحياناً أقياء لا تؤثر في سير الألم الذي كان يظهر في الحال بعد الطعام . وكانت هذه الآلام ناجمة ، متواصلة ، تستمر طيلة النهار ولا تفارق المريض إلا في أثناء النوم .

ولم تكشف معاناة المريض العامة شيئاً إلا بقعة حساسة تحت الاضلاع الكاذبة اليمنى .

امتلاء المرارة طبيعي بالقوربود (foriod) . وقد كشف الرسم الشعاعي هبوطاً شديداً في المعدة حتى ان قعرها المنخفض كان يحاذي الفقرة القطنية الرابعة ، تقلصاتها شديدة وانقراضها طبيعي ولا ركود صريح فيها القولون المعترض طبيعي الوضع ويقطع العمود الفقري عند مستوى الفقرة القطنية الثانية .

وقد فكرت بإزالة هذه الحالة ، في ان رفع البواب وحده قد يخفف آلام المريض لان الهبوط ليس اجمالاً بل ان معظمه قد اصاب الاثنا عشرى فازعج انقراض المعدة ومطاباً أيضاً الضفيرة البطنية والتراب الصغير .

فعلت على اجراء عملية بيرث (Perthes) غير ان قصر الرباط المدور وورقه اضطراني الى استعمال خيط من الحرير ، فبعد فتح البطن فوق المرة في ٢٧ كانون الثاني سنة ١٩٢٩ رأيت ان الاثنا عشري كان متحركاً وان النصف العلوي لقطعته الثانية غير ثابت ، فاحدث ميّزاة مصليّة مصليّة على الحافّة العلويّة للقطعة الاثنا عشرية البوابة ، ومددتها بضعة سنتيمترات على الانحناء الصغير . وطمرت خيطاً حريراً في هذه الميّزاة وثبت طرفه في ملء المضلّتين المستقيمتين الكبيرتين تحت الحافّة الضلعيّة باستيتمت ، فكانت عواقب العملية الجراحية طليعية ، وتأنجها حسنة فقد بدأ المريض منذ ذلك الحين يأكل بشراهة غير شاعر باقل انزعاج وكان سروره بهذه النتيجة عظيماً وقد ينبت المعاينة الشعاعية ان القمر قد ارتفع ثمانية سنتيمترات وان اقتراغ البواب طليعي . وقد تلغ القمر القرص القطني الثاني الى الثالث واقترّب كثيراً من الانحناء الكبير بحسب الاتجاه المعترض . اما من الوجهة التشريحية فلم تكن النتيجة تامة لان ضغط اسفل البطن يملئ القمر المنخفض حتى الفقرة القطنية الثانية كما يثبت الرسم الشعاعي الثالث ولبس حزام جيد اذا قضت الاضطرابات الوظيفية به يكمل هذه النتيجة الحسنة .

لا يحبذ جميع الجراحين تثبيت المدة فقد عدل عنها هارتمن على الرغم من النتائج الحسنة التي جناها منها قائلاً ان استعمال حزام جيد يفضي الى مثل هذه النتائج .

واذا صحّ هذا الرأي في باريس والمدن الكبرى حيث الوسائل متوفرة والمرضى اقباه فهو لا يصح في فلاح بدوي لا يستطيع لقره الحصول

على حزام متقن ولا يجذ ليريش ولسان (Leriche , Lecène) في مؤلفهما المسمى « المداواة الجراحية » التوسط الجراحي الذي لم يجنيا منه نتائج حسنة لان معظم مرضاهما من النساء المصابات بالمصابات بامراض نفسية وبهبوط الاحشاء جميعها ، الامر الذي لا ينطبق على حالة مريضا .

وقد استنبط لامبرت (Lambert) في السنة ١٩٣٠ طريقة جديدة في تثبيت المعدة تقوم بتزليق شريحة غشائية على طول الانحناء الكبير وجعل المعدة عالقة به كما في ارجوحة ويعزو ميراليه (Mirailhé) النتائج المتوسطة التي تجني من التثبيت الى الهبوط القولوني في الوقت نفسه وقد ثبت دفعا لهذا المحذور القولون بانحناء المعدة الكبير قبل تثبيت المعدة ورفعها . وتستنتج من المناقشات الحديثة في الحفي الجراحي بمض الآراء : يرفض كثير من الجراحين تثبيت المعدة استناداً الى رأي زملائهم الاطباء الداخليين ، بان الهبوط المعدي ليس مرضاً مستقلاً بل مجموعة اضطرابات عصبية نباتية لا ينجح فيها التوسط الجراحي وعلى العكس فان لامبرا (Lambret) يعالج كل هبوط معدة معالجة جراحية لانه ما من شيء ثبت ان الهبوط هو نتيجة هذه الاضطرابات وليس سببها وتثبيت المعدة يؤثر في كل حال في الاضطرابات الآلية ويزيلها . وبما ان العملية سليمة ولا تريد الحظالة خطراً فليس ما يمنعنا عن افادة مرضانا بها .

ولا يجري اميلين وباسه (Ameline , Basset) العملية الجراحية في النساء المصابات بالمصابات بامراض نفسية جرياً على خطة معظم المؤلفين ويمكننا ان نستخلص الآن الامور التالية :

١ - يجب ان تكون العملية سليمة ٢ - يجب ان تكافح

الاضطرابات الآلية وانزعاج الانقراغ الناتج عن الهبوط باعادة الاعضاء الى مقرها الطبيعي وضبطها فيه .

ونستطيع ان نميز ثلاث فئات من الحوادث : ففي الفئة الاولى تكون المعدة حسنة التثبيت عند فوهتها وقمرها متسع او انها تكون هابطة والاثني عشري هابطاً معها .

وفي الفئة الثانية تكون المعدة قوية وتنقلص بشدة لافراغ محتوياتها او واهنة فيحدث ركود غذائي يزيد المرض خطراً وقد تكون هذه الحالة الماقبة التي تفضي اليها الحالة السابقة .

وفي الفئة الثالثة تهبط المعدة وحدها ، وهذا قد ، او تشترك الاحشاء معها بالهبوط ولا سيما الكلية والقولون اللذان يزيدان الحالة خطراً . فالحالة الاولى هي تشوه ولادي في معظم الاوقات سببه نقص في وسائل التثبيت وينجح العمل الجراحي في هذه الحالة نجاحاً كبيراً

فاذا كانت المعدة منجذبة اقلياً بقمرها يرجع تعليقها في اوجوحة سواء اثبت القولون معها او لم يثبت جريباً على طريقة ميراليه اذا كان القولون هابطاً . ولكن اذا كانت المعدة قوية واذا نشأت الاضطرابات الوظيفية من تمطط الثرب الصغير الذي احداثه هبوط البواب اكتفي بعناية يبرث او بما يشابهها ولا يزال ريشار من دعائها لسهولةا ويستطاع اكملها بتثبيت الاثنى عشري بالجدار الخلفي وفقاً لطريقة دوفال

وليست مشاهدتي هذه المفردة كافية لاعطاء رأي في الموضوع غير ان اتقطاع الالم آتياً بعد التوسط الجراحي أمر يسترعي النظر ويثبت انه لم

تكن هنالك اضطرابات وظيفية مزيدة على الاضطرابات الآلية البحتة وان عملية بيرث ليست بالعملية السيئة كما يدعي لامبره (Lambret) . فهي تحو تخطيط الثرب الصغير مخففة الم الاعصاب والربط والاتصاقات حول الاحشاء ويقول لامبره انها ليست عملية جيدة اذا صنمت على معدة واهنة ضعيفة بل يكون مثلنا مثل من علق كيساً فارغاً عموداً بقمه واجتنباً لهذا المحذور تعلق المعدة بارجوحة ويعلق معها الانحناء الصغير غير انني اعتقد ان طريقة لامبره (Lambret) وحدها اقل نفعاً من طريقة بيرث (Perthes) في المشاهدة التي اقدمها لانها قليلة التأثير في ركود الاثنى عشري الشديد الازعاج . ويقر لامبره نفسه بان الركود الاثنى عشري الذي يشاهد عند الركبة (الانحناء) السفلى يحدث اعراض الانسجام .

وقد ازداد هذا الركود في احدى مشاهداته بعد ان رفعت المعدة ، وبدا في خمس مشاهدات اخرى بعد تعليق المعدة بعدة شهور حتى انه اضطر الى مغادرة الاثنى عشري بالصائم تحت رباط القولون في هؤلاء المرضى الستة . ولربما كان التعليق المضاعف منذ البدء مفضلاً

وصفوة القول انه اذا كان التعليق في ارجوحة يكافح هبوط القعر الواهن فان تثبيت البواب والانحناء الصغير يخفف من الثرب الصغير وجمع الطريقتين مفضل على ما ارى .

ولا يخفى ان التعليق بالثرب الصغير عملية سيئة وان اهمال الكولون متى كان هابطاً خطأ لا ينتظر واذا جاز نبذ تثبيت المعدة في فرسة حيث المشدات المثقنة الصنع تعيض خير الاعاضة فلا يجوز نبذه هنا ، على ما ارى .

لقلة الوسائط ولتفقر المرضى المستشفين . وانا واثق ان اجرائهم يخدم المرضى
اجل خدمة .

الناقشة ، العلم ترايو : قلت انه لا يجوز ان تثبت المعدة في المصابين بالادواء
النفسية ، فاذا صح هذا تكون قد اهملت جميع حوادث هبوط المعدة لان
الهبوط يحدث في المريض دائماً حالة نفسية مختلفة الدرجات . ونحن الاطباء
لا نشخص هبوط المعدة الا بعد ان نرى الحالة النفسية التي يحدثها في المرضى
وكل حالة نفسية مع اضطرابات معدية غير واضحة تدعونا الى المعاينة الشعاعية
التي تكشف الهبوط .

العلم لوسر كل : ان تثبيت المعدة في العملة الذين يشتغلون اشغالاً متعبة
لا فائدة منه البتة لان الهبوط ينكس فيهم بعد مدة قليلة وخير هؤلاء ان
تقطع معدتهم من ان يعالجوا هذه المعالجة الملطفة الموقته .

العلم شاو : ان التثبيت الذي يحسن حالة هؤلاء المرضى تحسناً
بيناً ولا يرضهم لعملية مدامة كقطع المعدة هو على ما اعتقد خير لهم فضلاً
عن ان نكس الهبوط ليس امراً محتملاً .



جراحة الودي والغدد الصم

لعلم لوسر كل (دمشق)

ترجمة العلم وجيد الصواف

إذا كان بعض من الجراحات قد بلغ حد الكمال كالجراحة النسائية وجراحة البطن والأطراف فإن في الجراحة مفاوئ لا تزال في حاجة إلى البحث والتنقيب فإن الطبيعة لا تكشف إلا رويداً رويداً وقد تنفتح لنا أبواب جديدة إذ نلقن أن المواضيع قد نضبت .

ولست أذكر جراحة الأعصاب وجراحة الرئة اللتين هما الآن في الدور البدئي الذي كانت فيه جراحة البطن منذ سنين ، بل أذكر جراحة أخرى تبدو جذابة بما يكتنفها من الغموض وبما فيها من المعميات التي يستطيع حلها اعني بها جراحة الودي والغدد الصم .

وقد افتحنا هذا الفصل من فصول المداواة الجراحية في العيادة الجراحية في معهد الطب بدمشق تشجنا أعمال بعض الجراحين في اميركا واوروبا ومنهم لوريش في فرنسا وها أنا أذكر لكم باختصار بعض النتائج التي شاهدناها في خلال هذه الأشهر الأخيرة وهي أشتمل على :

٤ - حوادث من قطع الودي حول الشريان الفخذي

١ - حادثة استئصال المقدة الودية النجمية .

١ - حادثة قطع الصغيرة الودية بين الحرقفتين

- ١ - حادثة قطع الودي القطني
- ٢ - حادثتي قطع الاعصاب الحشوية
- ٣ - ثلاثة توسطات جراحية على نظيرات الدرق .
- استئصال الودي حول الشريان الفخذي —

١ - محمد آغا ، عمره ٦٠ سنة ، متصاب الشرايين ، كحولي ، دخل المستشفى في الشعبة الجراحية لغفترية آخذة بالسير في اصبع القدم اليمنى الثالثة وقد بدا ثلم الانطراح على ظهر القدم في حذاء الثلث المتوسط للوسط الثالث . وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سلباً كما اتى فحص البول سلباً ايضاً اجريت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي الايمن في ١٧ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ فدبت الحرارة في الطرف حالاً وزال التل وانطفاأت الغفترية ثم عادت تندمل كجرح في ظهر القدم وعاشت الاصبع بعد ان كادت تنطرح . وقد خرج المريض في ٥ كانون الثاني شافياً شفاء تاماً في الظاهر وهو يقوم منذ ذلك الحين بعمله كعادته في الخبز .

٢ - محمد ... عمره ٢٥ سنة ، حمال ، راجع المستشفى في ١٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ لقدم فأسة فلجية في الايسر معرقة باضطرابات اغتذائية : وذمة ، تقرحات واحية بين الاصابع . وقد ظهرت هذه الآفات قبل شهرين على اثر الحقن بالكينين في العضل على مسير المصعب الودي . وعلى الرغم من عدم ملائمة الحادثة للعملية في الظاهر ، اجري للمريض استئصال الودي حول الشريان الفخذي منذ ذروة مثلث سكاربا حتى فوهة قناة هوتتر . فالتأمت القروح في عشرة ايام ورأى المريض نفسه

شافياً فخرج في ٢٦ شباط من السنة ١٩٣٩ ولم يعد .

٣ - يوسف عمره ٥٠ سنة راجع المستشفى لتقديم بنفسجية متوذمة مقترحة حول ظفر الابهام الايمن ولآلام تمنع النوم ولتفريئة آخذة بالسير . وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سليماً كما اتى فحص البول سليماً ايضاً شخص في المريض التهاب شريان مجهول الطبيعة .

فاجري للمريض قطع الودي حول الشريان الفخذي في ٢٨ اذار من السنة ١٩٣٩ فزال الآلام بعد ثلاثة ايام واخذ الجرح يندب وخرج المريض مسروراً بانه على طلبه في ٨ نيسان من السنة ١٩٣٩ .

٤ - علي ... عمره ٣٥ سنة دخل المستشفى في ٢٨ شباط من السنة ١٩٣٩ لكسر مفتوح متفنن في الثلث السفلي لمظلي الساق اليمنى عولج في البدء بالتمديد بالسفود وبالي التواصل . فحدث في المقب خشكاشة واسعة واستمر التقيح ثم وضع الطرف في جهاز جبسي وفتحت فيه نافذة في ٢٩ آذار .

ولتجليل الترمم اجريت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي في ٤ نيسان من السنة ١٩٣٩ فاخذت الخشكاشة العقية حالاً منظرأ حسناً وتبرعمت وسارت الى الترمم وجفت جروح الساق وتبرعمت كما هبطت الحرارة واستبقي الطرف بعد ان فكر في بتره .

استئصال القدة النجسية

ابراهيم ... عمره ٥٠ سنة دخل المستشفى في ١٩ شباط من السنة ١٩٣٩ لتفريئة جافة في الاصبع الوسطى ليده اليمنى وقرحة واسعة تنه في الناحية

الحلقية الوحشية لثلاث السفلي لساق اليسرى وقد فقد في خلال السنتين الأخيرتين خنصري قدميه . وهو كحولي ، تفاعل واسرمان على دمه سلبى كما ان بوله خالٍ من العناصر المرضية . طرفاه السفليان مؤلمان ، شبه متمعد يستمين بعسكازين . التوتّر الشرياني في المضد اليمنى ١٢ - ٨ وفي اليسرى صفر اما في الطرفين السفليين فالشعر الاهتزازي يسكاد لا يشعر به فالمرضى مصاب اذاً بالتهاب اوعية خثري معمم مجهول الطبيعة .

وقد جربت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي فلم يستطع اكملها لان الشريان كان مسدوداً خيطياً فاكثفي بقطع الاصبع الميتة وفي ١١ آذار اجريت للمريض عملية استئصال العقدة النجمية اليسرى وفي غد العملية زالت الآلام من الطرفين العلويين وعادت الحركات سهلة في الاطراف الاربعه . اما التوتّر الشرياني فلم يتحول بل عاد النبض محسوساً في الذراع الايسر .

وفي ١٧ آذار اجريت للمريض على سبيل التجربة حقنة نوفوكائين في السلسلة الودية القطنية اليسرى فحصلت نتائج كبيرة في الطرف السفلي الموافق . فان المريض الذي اتى الى قاعة الضماد محمولاً عاد الى فراشه على قدميه وزالت الآلام في الايام التالية تقريباً . اما التقرح فقد نقص بمقدار الثلث وسار في طريق الجفاف والتروم .

وقد عرض على المريض تجاه هذه النتائج اجراء عملية استئصال الودي القطني من خلال الصفاق في الجهتين . فقبل المريض في البدء ثم رفض بعدان صعد على منصة العمليات ثم خرج في آذار من السنة ١٩٣٩ بدون عسكازين

عاداً نفسه متحسناً تحسناً كافياً ولم يمد .

قطع الصب الجزي

حليمة . . . عمرها ٥٥ سنة مصابة بسرطان لا يستأصل في عنق الرحم . دخلت لآلام حوضية لا تطاق . وقد عولجت بأشعة الراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت في شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٣٧ وحرمت النوم منذ سنة تقريباً .

اجري لها في ٥ كانون الاول من السنة ١٩٣٧ قطع الضفيرة بين الحرقنتين ففلاشت الآلام في المساء نفسه وثامت المبعوضة .

وفي ٩ كانون الاول تركت المستشفى وقد تخلصت من آلامها الحوضية ولم تكن تشكو الاثقال مبهماً ووعكة سببها سوء حالها العامة ولم تُرَ بعد ذلك .

استئصال الودي القطني

. ابو صالح عمره ٥٨ سنة مصاب بسرطان في الشرج منيع على الجراحة يحمل شرجاً حرقياً نهائياً منذ ١٨ شهراً . دخل المستشفى في ٤ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ لآلام حوضية لا تطاق . عولج المريض منذ سنة بالراديوم في مؤسسة بيروت وقد وصل به ادمان المورفين الى ستة سائيفرامات منه في اليوم .

. استؤصلت سلسله الودية القطنية اليمنى في ٨ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ وأكملت العملية في ١٧ من الشهر نفسه باستئصال السلسلة اليسرى وقد عكزت صفو الايام الاولى بعد العملية معالجة ادمان المورفين . وفي

٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ نهض المريض وغابت الآلام . وقد شوهد المريض بعد هذا التاريخ عدة مرات فلم يكن يشكو ألماً وتحسنت حالته العامة وعاد اليه نومه واستعاد سير حياته العادي وظن انه شفي طالبا تعيين الوقت الذي يستطيع به سد شرجه الصناعي .

استئصال نظيرات الدرق

١ - يوسف عمره ٢٥ سنة ، عولج منذ سنتين بدون تحسن يذكر من رثية مزمنة في العمود الفقري . دخل المستشفى في ٢٤ شباط من السنة ١٩٣٩ العمودان القطني والظهري متصلبان ، الحركات محدودة ومؤلمة . يمشي المريض قطعة واحدة كالآلأف واظهر الرسم الشعاعي تشكلات عظمية على هيئة منقار الببغاء تلحم اجسام الفقار بعضها البعض الآخر . اما كلس الدم فزاد ومقداره ٢٠ سغ في اللتر .

أجري للمريض استئصال الغدة نظيرة الدرق اليسرى السفلى في غرة آذار من السنة ١٩٣٩ فنفت الآلام وعاد قسم من الحركات وقد خرج المريض بعد ثمانية ايام وراجعنا بعد ذلك مراراً ليقفنا على تحسن الاعراض التدريجي التي اخفقت ضدها كل معالجة . وهو مستعد لاجراء عملية جديدة تخلصه مما بقي فيه من الصلابة .

٢ - م . . . عمره ٧٥ سنة . مصاب بالتهاب مفاصل عديدة بدأ منذ ستة سنين واستعصى على المعالجة الطبية . وقد لازم سريره منذ ثلاثة شهور ؛ عجز مطلقاً عن الحركة تقريباً وآلام تسلب كل راحة . دخل احد المستشفيات الخاصة محمولاً على رحالة .

أجريت له في السابع من آذار من السنة ١٩٣٩ عملية استئصال نظيرات الدرق السفلى في الجانبين فزالت الآلام في المساء نفسه ونام المريض . وفي غد العملية عادت حركات اصابع القدمين واليدين الى الظهور ثم حركات المفاصل الظنبوية الرسغية ، والمرفقين والوركين ومفاصل الظهر والعنق . وقد تمكن المريض بسرعة من الجلوس أولاً في سريره ثم من النهوض . وبعد عشرة ايام خرج المريض ماشياً على قدميه فازلاً على السلم من الطابق الاول وذلك في ١٧ آذار من السنة ١٩٣٩ وقد استمر التحسن بعد ذلك .

٣ - احمد . . . عمره اربعون سنة ، يشكو منذ سنة آلاماً وتقلصات

وتشوهات مفصليّة رئوية الطيعة ظهرت خاصة في المفاصل الرسغية لليدين والقدمين . دخل الشعبة الجراحية مرسلاً من قبل الشعبة الطبية في غرة اذار من السنة ١٩٣٩ وبضع في الثاني منه . وفي غد العملية بدأ تحسن كبير فزالت الآلام وعادت المرونة والليان وقام المريض العاجز الى بضعة ايام خلت ، يمشي ويتنقل في القاعة مستملاً يديه واطرافه ثم خرج في ١٩ اذار بعد رفع الجيوبوط

قطع الصب الحشوي

س . . . عمره ٥٥ سنة ، قطعت ممدته في نيسان من السنة ١٩٣٨ في الجامعة الاميركية لورم بواي عجبني ، وقد خفت الامه في عقب العملية مدة عشرة شهور . ثم عادت الآلام الى الظهور منذ ثلاثة اشهر وزادت شدتها حتى غدت لا تطاق . فالمرضى في اثناء التوب يصرخ ويمض ويمزق كل ما تقع عليه يده . يعيش بالمحددات كالالوئال والحلج

وقد وصلت به الحال الى اذمان ستة سائتيفرامات من المورفين في كل

يوم . وكانت الآلام تنتشر بالخاصة الى الایسر لذا طلب اليها المريض ان نبضعه في الایسر اذا اردنا بضعه ، وقد كان يجب التفكير بالنسبة لمقر الآفات المحتمل في قطع الجذور او قطع الجبل الظهري الخلفي الا اننا على الرغم من ذلك جربنا المريض حقن الاعصاب الحشوية بالتوفوكاين فزال الامه حالاً واستمر سكونها بضع ساعات .

امام هذه النتيجة عرضنا على المريض اجراء عملية قطع الحشوي في الجانبين قبل الا انه اشترط البدء بالجهة اليسرى . فبضعناه في ١٤ نيسان من السنة ١٩٣٩ وفي مساء العمل هجمت الآلام ولم يصد المريض يشكو سوى الرض الجراحي . وقد اتضح التحسن واستمر في الايام التالية لدرجة سر معها المريض ورفض اجراء العملية الثانية في الجهة اليمنى .

وفي ٢٤ نيسان اصيب المريض بهجمة جديدة أخف من الهجمات السابقة الا انها ألجأته الى العودة الى المورفين . وقد وُضع المريض منشأ الألم في الحفرة الحرقية اليمنى . وقد تكون هذه الهجمة حادثاً بسيطاً عادياً الا انها تأذن باجراء المحاولة الثانية لقطع الاعصاب الحشوية اليمنى قبل ان نبت بالحية .

٢ - س . . . عمره ٦٥ سنة ، يشكو منذ خمس سنوات الاماً شرسوفية سفودية وقبضاً معنناً . منظره دنف تطويه الآلام الشديدة نصفين ويمنع صراخه بقية المرضى في القاعة من النوم . وقد فحص بالاشعة فشوهده ان مرور اللقمة الطعامة في البواب طبعي ولوحظت ضخامة وتوسع في السكولون . فتح البطن للاستقصاء في ٢٢ نيسان فوجدت انتشارات ورمية

وسرطانية في الوجه السفلي للكبد وتحت فصيص سيفل ووجدت كتلة بحجم القرعة (الكوساية) ملتصقة بالعمود الفقري في الايسر يحتمل ان تكون طبيعتها سرطانية ايضاً الا ان هذا الاستقصاء لم يمكننا من كشف مكان الافة الاصلية في المعدة هي ام في المشكلة ام في الامعاء .

فقطنا المصّب الحشوي الايسر . وفي مساء العملية تم المريض وزالت الامه منذ ذلك الحين واستبشر . ولم يمضِ بعد الوقت الكافي لكي نقيم لتأثير هذه المداواة وزناً ولكني فكرت انه يمكنني ذكرها اذ لم أرتأخراً في حالة المريض .

....

هذا باختصار ما اردت ان اقله اليكم . واني لا ازمع استخلاص نتائج ذات صبغة حكيمية مرضية (physiopathologique) غير التي عرفت حتى الآن بل اردت فقط ان اذكر بمناسبة ان نتيجة هذه المعالجة تدعو الى الاعجاب متى كان الاستطباب جيد الوضع ولست اشك ان جراحة كهذه ستستقبل بحماس زائد في بلادنا .

والمسألة هنا هي تمييز الاستطابات في العلاقات الوظيفية المركبة التي نجعلها في المضوية اكثر من وضع التشخيص الباكر او تعيين طريق العمل فسواء كانت العملية قلع غدة صملا : نظيرات الدرق او غيرها او قلع عقدة أو قطع اخصان عصية أو توسطاً على الودي المحيطي فان كلاً من هذه العمليات تجربة غريزية حقيقية . ومن اجتماع هذه التجارب سنصل حتماً يوماً ما الى معرفة عدد من الآليات الخفية التي نجعلها والتي لم يتمكن التشريح

ولا الفريزة الودييان من جلاء فوامضها. اما الان فان المعجزة ستكون قصيرة المدة اذا كان العضو الموضوع صلة او سلسلة من تناذر حاولت الجراحة تغييره فاذا بالبدن يعيد اليه ارتباطه .

وسنبقى دوماً ما لم تكشف قواعد جديدة من شأنها ان تقود اعمالنا فنعمل بكل ثقة وتأكيد ، عرضة للخيبة التي تعقب الامل الكبيرة التي نعقدوها في البدء . وهكذا فان الاخفاق والتناجح المتقلقة التي تلت استطبابات فاسدة الاساس ولدت لدى بعض العقول بعض الشك في هذا الاتجاه الجديد . وعلى كل فان هذه الجراحة جراحة مبتدئة تفتش عن اسسها وعن اتجاهها وحدود مقدرتها مع جميع الاخطاء التي لا بد منها في كل تجربة جديدة . ولهذا الجراحة الفريزية الفنية بالتناجح لذة علمية لا تشتمل عليها في عرف البعض ، الجراحة الاخرى القديمة اية كانت فائدتها وخدمتها لانها اصبحت اليوم مألوفة .



تأثير السيلان المزمن في الحويصلات المنوية

والاعراض التي تنجم عنه مستقبلاً

محاضرة القاها أليم فهمي جرس في المؤتمر الطبي
الحادي عشر المنعقد بالقاهرة في ٢٩ كانون الثاني
السنة ١٩٣٩

زيملاي الفاضلات وزملائي الافاضل

سأشرح لكم اليوم موضوعاً حيوياً دقيقاً راجياً أن تعيروني آذاناً مصغية
متفاضلين عما يصدر مني من غلطات لغوية . وموضوعي هو :

تأثير السيلان المزمن في الحويصلات المنوية والاعراض التي تنتج عنه
مستقبلاً . كلنا يعرف بإسادة ما هو السيلان (gonorrhoe) و اردت
توضيحها بالكلمة الأجنبية لتعديد معناها لاني أقصد بها الافراز المحتوي
على المكورات البنية (القونوكوك) فان هناك افرازات ناتجة عن التهابات
وجراثيم اخرى لا دخل لها في موضوعي . هذا المرض يصيب في مبدئه
الاحليل الامامي وعلى الأخص الاجزاء التي تكثر فيها فتحات مودغاني
(Morgagnis' Lacunae) وغدد لتر (Littres Follicles) حيث تؤثر
المكورات البنية في خلايا الاغشية المخاطية المغطاة بها وهذا ما يسمى بسيلان
الاحليل الامامي وطبعاً لا يهني خوض غماره لان كلاً من الاختصاصيين له
طريقة خاصة لمعالجه قد تؤدي الى شفائه شفاً تاماً بدون ان يزمن السيلان

اما اذا تمت الإصابة الاحليل الامامي فلا تجد امامها سوى الاحليل الخلفي المنقسم قسمين وهما الجزء الغشائي (Pars Membranous) الذي تحيط به العضلة القابضة حيث لا يصاب الغشاء المخاطي للاحليل فقط بل تصاب غدة كوبر عن طريق قناة كوبر المفتحة في نهاية تجويف الاحليل الامامي المسمى بصلة الاحليل (Bulbous urethra) وطول هذا الجزء $\frac{3}{4}$ بوصة ، بعد ذلك يصاب الجزء البروستاتي (Pars Prostatic) وطوله $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ بوصة وهنا لا يصاب الغشاء المخاطي للاحليل فقط بل تصاب أيضاً غدة البروستاتة عن طريق قنواتها المفتحة في الاحليل كما تصاب القناتان الدافقتان (Ejaculatory Ducts) ولا ينبغي عن بالنا ان كلا من هاتين القناتين مكونة من امتداد الاسهر (Vasa Deferens) ونهاية الحويصلة المنوية حيث يتحدان على قاعدة البروستاتة مكونين قناة واحدة هي القناة القاذفة مخترقة البروستاتة على جانبي الشكوة البروستاتية (Prostatic Utricle) حيث يتجهان في المجمع المنوي (Colliculus seminalis) على شكل حافة او على فتحة الجيب البروستاتي (Sinus Pocularis) ويبلغ طول هذه القناة ٢ سم وهي مكونة من ثلاثة اغشية ١ - خارجي وهو عبارة عن النسجة ضامة ٢ - متوسط وهو عضلي ذو طبقتين خارجة مستديرة وداخلة مستطيلة ٣ - داخلي وهو غشاء مخاطي ذو خلايا اسطوانية .

ومنى اصيبت القناة الدافقة تسري الإصابة فيها متخذة اتجاهين احدهما الى الاسهر القليل التأثير بالمدوى للاهداب الكائنة على اغشيتها المخاطية والمساعدة على طرد الجراثيم ويثبت ذلك ان اكثر المصابين بمخلفات

السيلان المزمن غير عقيم لانه لو اصبحت القناة المنوية لنقلت منها العدوى الى الخصية حيث تفقد وظيفة افراز النطف وتسبب المقم السكلي وهذا قلما يحدث. اما اتجاهاها الثاني قال الحويصلين المنويين وهما موضوع بمخي اليوم فهما عبارة عن كيسين فيهما تموجات وثنايا واقمين بين قاعدة المثانة والمستقيم ويبلغ طول كل منها ٥ سم ويتراوح عرضهما من ١ - ٢ سم وهما هريما الشكل ويمتدان من قاعدة المثانة الى العالي وكل حويصلة قناة قطرها ١ سم وطولها ما بين ١٠ ، ١٥ سم وهذه القناة ملتفة على نفسها وذات تموجات عديدة غير منتظمة وهذه الالتفافات والتعوجات مرتبط بعضها ببعض الآخر بالنسجة ليفية ومحيط طرفها الاعلى اكبر بكثير من محيط طرفها الاسفل الذي يصبح قناة دقيقة تشابه الاسبر الذي يتحد بها مكوناً القناة الدافقة التي سبق الكلام عليها . وسطح الحويصلة الامامي ملاصق لقاعدة المثانة حيث يمتد من نهايتي الحاليين الى قاعدة البروستاتة ووسطحها الخلفي واقع على المستقيم حيث تفصله عنه لقافة المستقيم الثاني (Rectovesical Fascia) وهاتان الحويصلتان المنويتان تنفرجان كلما أخذتا بالصعود وهما محاذيتان للاسبر ونهاية الحالب وكل حويصلة محاطة بخلاف كشيء عضلي ليفي (Fibromuscular) ويحدها من الوسط الاسبر ومن الجانب الاوردية الدموية (Pudendal Plexus) والحويصلة المنوية مكونة من ثلاثة أغشية ١ - خارجي من أنسجة ضامة ٢ - متوسط غشاء عضلي ذي طبقتين داخلية مستديرة وخارجية مستطيلة وغشاؤها العضلي أرق من الغشاء العضلي للقناة المنوية ٣ - داخلي وهو عبارة عن غشاء مخاطي ذي لون خاسف او بني فاتح شبكي التركيب ذي خلايا اسطوانية وفي

الرجح (Diveticula) خلايا غوبلت (Goblet Cts) التي تخرج منها افرازات تضاف الى النبي .

او عينها الدمية واعصابها : تأتي شرايينها من الشريان المثاني الاوسط والاسفل ومن الباسوري الاوسط وتقع اوردها الدموية وأوعيتها اللغواوية الشرايين . وتأتي اعصابها من الضفيرة الحوضية (Pelvic Plexus)

متى اصيب الحويصلان النويان. اصابة حادة تكثر البيلات ورافقها حس احتراق شديد ودم في آخر الليلة فيصفب الطبيب للمريض الراحة ويمطيه المسهلات وادوية مسكنة قوامها البنج والبوكو واللبوس المعروف المركب من المورفين والبلادونا ويصف له المفاطس المقعدة الحارة الى ان تزول هذه الاعراض وبعد ذلك يدلك المريض بالاصبع التي لا تصل الى قة الحويصلة العليا فتبقى الجراثيم فيها ولا اقصد هنا المكورة البنية بل الجراثيم الاخرى التي تبقى سنين عديدة كامنة لا يظهر لها اقل عرض. وظهور الاعراض بعد مدة متفاوتة الطول متوقف على حمة الجرثوم من جهة وعلى مناعة المصاب من جهة اخرى وقد تظهر اعراضه بعد سنين عديدة تتراوح ما بين ٣ الى ٢٠ سنة واتي اذكر لكم الاعراض التي تظهر بعد هذه المدة على اجهزة الجسم مبتدئاً بالاعراض التي تصيب الجهاز الهضمي . حينما تبندى الجراثيم الكامنة تلعب دورها وتبث سموها سنين طويلة تأخذ الحويصلات النوية بالضعامة والتمدد والالتهاب وتتبعها البروستاتة ايضاً فيصبح محيطها اضعاف محيطها الاصلي وتتحجر ويعصب الوصول بالاصبع الى نهاية البروستاتة متعسراً . فكم بالحري الوصول الى قة الحويصلات العليا التي تصبح ابعد من البروستاتة

زهة ٦ سم فتى ضخمة الحويصلان المتويان والبروستاتة تصبح قبة هذين الحويصلين على بعد يتراوح ما بين ١٤ و ١٧ سنتيمتراً من مدخل الشرج ويضيق هذا التورم العظيم الشرج فيصبح مرور الغازات متسماً وتتضخم الأمعاء لبقاء الغازات فيها فلا يبقى أمام هذه الغازات إلا أن تبحث لها عن مخرج آخر فتحاول الخروج من العالي فتشوش حركة الهضم وتدفع البراز إلى أعلا وتصبح حركة المني الحولية منعكسة أي تعمل مضادة للحركة الحولية فيصاب المريض بعسر الهضم وآلام شديدة في الأمعاء ويصل ضغط الغازات في أغلب الأحيان إلى الحجاب ولا يجد المريض تخفيفاً لهذه الآلام سوى المسهلات والمواد الماصة للغازات كالقمح وادوية الكبد وغير ذلك حتى يخف الضغط نوعاً ويصبح البراز سائلاً سهل الانطراح من الشرج الضيق جداً الذي يكاد يكون مسدوداً وتصبح حياة المريض متوقفة على القمح والمسهلات والويل له إذا كان في وليمة ونسي علة القمح فإن يومه يصبح أسود وكل ساحة يذهب إلى المراض ويخرج ريحاً يهون بها عن نفسه هذا عدا الآلام التي يشعر بها حين طرد الريح أو التبرز الناشئة من انضغاط الحويصلة المتوية المثبتة وكلنا يعرف ما ننجم عن عسر الهضم وعدم خروج الغازات أو ببساطة أوضح عما يسمى بالامساك المستديم فهو يسبب الانسداد الذاتي (autointoxication) المتصف باوجاع في الرأس والمفاصل وتعب عام في الجسم وقلة اشتها وخوف من الشغل لأن المريض يخشى دائماً الآلام إذا ما أكل شيئاً مطلقاً وكما يقول المثل العامي : « يصبح محروماً من الدنيا » زيادة عما يصيبه من اضطراب في الفكر ونسيان

في العمل وتصبح حياته سلسلة آلام وكل هذا راجع الى التهاب الحويصلات المنوية وتضخمها الذي أدى الى ضيق الشرج ولا يحدث هذا فقط يا سادة بل كم من الزوائد الدودية السليمة استؤصلت حينما يشعر المريض بالآلم في جبهتها مع ان هذا الآلم ليس الا انتشاراً من الحويصلة المنوية اليمنى المثتية فلو فحصت هذه الحويصلة فحصاً متقناً لما استؤصلت الزائدة الدودية السليمة البريئة من هذه الآلام ولا اذكر هذا جزافاً بل استناداً الى اختبارات وتجارب خلال سنين عديدة واذكر لكم مشاهدين استخرجت فيما الاسنان واستؤصلت الزائدة الدودية املاً بتحفيف آلام المريض فلم يجدّه كل هذا تقمّاً وبعد ان عولجت الحويصلات المنوية معالجة حسنة زالت هذه الآلام وشفي المريض .

الشاهدة الاولى : مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩٢٣ وشعر بآلام في الرأس والامعاء في السنة ١٩٣٥ أي بعد اثنتي عشرة سنة ففسي انه اصيب بسيلان لانه لا يشعر بافراز وعنده اولاد فمرض نفسه على كثير من الاطباء الباطنيين الذين اخذوا بعالجونه بالمسهلات والقهم وغير ذلك طيلة سنة بدون ان يجديا فائدة وأخيراً أشاروا عليه باستخراج أسنانه ففعل اربعاً منها ولم يشعر بفائدة وبعد ذلك ارغمني أحد اقاربه الذي كان صديقاً لي ان ازوره في المستشفى العسكري فتوجهت اليه فوجدته في حالة يرثى لها من شدة آلامه وضعف جسمه الذي وصل الى ٦٠ كيلو غراماً بعد ان كان ٨٠ كيلو غراماً في السنة الماضية فسألته عما اذا كان قد اصيب بسيلان في الماضي فعرّفني انه اصيب به منذ ثلاث عشرة سنة فكلفته ان ينادر المستشفى العسكري ويأتي الي

لأعانيه فجاء في اليوم الثاني فتحققت بالفحص ان حويصليه النويين كلاً مملتين
فماجتها وعالجت بروساته التي كانت تصاب من آنٍ لآخر بسبب انتقال
العدوى اليها من الحويصلين النويين المريضين فشفي تماماً وزالت آلامه
جميعها وثاف وزنه على ٨٥ كيلو غراماً .

المشاهدة الثانية : مريض أصيب بسيلان في السنة ١٩١٠ وفي السنة ١٩٢٧
ابتدأ هضمه يسوء ويشعر بألم شديد وانتفاخ في الامعاء في ناحية الزائدة
الدودية وفي السنة ١٩٣٤ استؤصلت زائدته فلم تحسن حالته الا مدة
وجوده في المستشفى بعد اجراء العملية وذلك لانه منع عن الاكل والمفلفات
وبعد مفادوته المستشفى وعودته الى غذائه الطبيعي عاودته آلامه كما كانت
قبل العملية فمرض نفسه على بعض الاطباء الباطنيين فقرر بعضهم انه مصاب
بالتهاب القولون وذهب البعض الآخر الى اصابته بالتهاب الكبد والمرارة
وبعض الثالث الى هبوط الاحشاء وظلت حالته على هذا النوال حتى
تشرين الثاني من السنة ١٩٣٨ اذ جاءني فوجدت ان حويصليه النويين
مملتان فاخذت اعالجه وبعد ذلك الحويصلين عدة مرات زالت الغازات
وتحسنّت حالة المريض وثابت على علاجه حتى شفي تماماً. وعندني مشاهدات
كثيرة من هذا النوع قت بمماجتها كان النجاح حليفها فيحق لي ان اقول
بعد هذا ان الحويصليين النويين بعد اصابة المرء بالسيلان هما بيت الداء ولا
يسبب السيلان وحده هذه الحالة بل قد تسببها البلهارسيا المزمنة في الحويصلات
النوية او اي التهاب آخر يصيب الحويصلات ولو عن طريق الامعاء ويكفي
القول ان تدليك الحويصلات وتنفخها هما اجمع علاج في هذه الحالة فليتنبه المصابون.

ذكرت لكم ما يحدث للجهاز الهضمي وانتقل الآن الى الجهاز العصبي .
سبق ان قلت لحضراتكم ان الحويصليين النويين يأخذان اعصابهما من
الصفيرة الحوضية (Pelvic Plexus) .

فلا عجب اذا أدى التهابهما الى آلام عصبية منتشرة على طول السلسلة
الفقرية حتى الى ألم شبيه بالتهاب المصب الوريكي وألم شديد في الركبة او في
مفاصل القدم. وهذه الآلام مبرحة جداً يفضل المريض بسببها الموت على
الحياة وكلنا يعرف شدة الآلام العصبية فيهرع المريض الى الطبيب فيشخص
رثية ويصف له النودين والسلسيلات والاسبرين والمراهم المختلفة والاشعة
فوق البنفسجي والاشعة ذات الموجات القصيرة والحرارة النافذة فلا يجدي
كل هذا بل تستمر الآلام ما زالت الحويصلة النوية ملتهبة وتمددة وضاغطة
لاعصاب الظهر في هذه الجهة ولست التي القول جزافاً بل استند في حكمي
الى اختبارات طويلة ومشاهدات عديدة دقيقة . واتي مورد لكم بهض
المشاهدات من هذا النوع .

المشاهدة الاولى : مريض أصيب بالسيلان في السنة ١٩١٩ وعولج على زعمه
معالجة حسنة وتزوج ورزق اولاداً لأن الحصية سليمة وفي السنة ١٩٣١
اي بعد ١٢ سنة اصيب بالآلام شديدة في القدم اليمنى ومفصل عنقها واستمر
يعالجها ٤ سنوات بلا انقطاع غير تارك علاجاً واستعمل الاشعة وغير ذلك
فلم يجد نقماً حتى انه كان يفضل قطع رجلاه وفي السنة ١٩٣٥ توجه للعلاج
بالاشعة عند احد نوابغ قصر العيني فسأله عما اذا كان قد اصيب بسيلان في
ماضيهِ فقال نعم ياد كتور ولكن هذا قد حدث منذ ١٦ سنة وقد عالجني

استاذ شهير وعمل التحصن اللازم وتزوجت ورزقت بنين ولست اشعر باي افراز . فنصح له ان يستشير اختصاصياً بالامراض الزهرية فجاءني فوجدت حويصيله المتويين ملتئين متورمين فقلت له ان سبب الامه هذه هو التهاب حويصيله المتويين فعالجتهما وعالجت معها البروستاتة فشفيت وزالت الامه ، وزميلنا الدكتور نسيم ابو سيف مطلع على هذه الحادثة .

الشاهدة الثانية : مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩١٥ وعولج في مصر وانجلترا وباريس وغص جيداً ثم اكدوا له الشفاء . بعد ذلك اصيب بال ألم شديد في الظهر والركبة وعولج مدة طويلة واخذ علاج السيلان مرتين على ان يشفى فكانت النتيجة سلبية فحضر الي في ايار من السنة ١٩٣٨ فوجدت الحويصلين المتويين ملتئين وهما سبب الآلام العصية فعالجتهما مع البروستاتة فشفيت آلام الظهر والركبة

المشاهدة الثالثة : مريض اصيب بسيلان في السنة ١٩١٢ وعولج وتزوج ورزق بنين وفي السنة ١٩٣٠ اصيب بال ألم مفصلي شديد في الركبة اليمنى واخذ كل انواع الادوية والمراهم واستشفى بالاشعة مدة طويلة لانه صيدلي ولا تكلفه هذه شيئاً وخرج بدون فائدة وكان لا ينام من الليل سوى بضع دقائق نوماً متقطعاً وبعد ذلك اتى الي في ٤ ايلول من السنة ١٩٣٨ وبعد معالجة الحويصلين المتويين والبروستاتة وتنظيفها شفيت الركبة وزالت آلامه ولو اردت يا سادة لكنت اذكر لكم كثيراً من هذه المشاهدات التي عالجتها منها ما ينيف على المائة ولكن بكفني ان اقول انه جاءني في يوم ٢٠ كانون الاول - ١٩٣٨ مريض كان قد اصيب بالسيلان في السنة ١٩٠٦ يشكو

ألماً في ركبته فوجدت حوصليه المنويين ملتهين ومتى شفي اوافيكم بالنتيجة فارجو من زملائي ان يعتنوا بضعص الحوصلين المنويين اللذين تبعد قتها ١٤ سم على الاقل عن مدخل الشرج .

وقد ادهشني ما جاء في كتاب الاستاذ ليز انه اذا تعمس طرد المفرزات من الحوصلين المنويين المتهين التهاباً زمنياً ولا سيما متى رافقت الام مفصلية شديدة هذا الالتهاب ، يجب اجراء عملية وقنطرة القناة المنوية ووضع مسبار استطاع به غسل الحوصلين المنويين عن طريق القناة المنوية وقد فاته ان الوصول اليهما من الشرج بالآلة التي اخترعتها سهل وان ايصال الفسول اليهما بواسطة النفخ الهوائي والقنطرة الدقيقة عن طريق القناة القاذفة ممكن .
سبح الله الاستاذ ليز فان القناة المنوية بعد العملية لا تلبث ان تنسد فيكون القم .
والآن اذكر لكم التأثير الذي يقع على جهاز البول متى التهاب الحوصلان المنويان وتورما .

ان موقع الحوصلين المنويين من المثانة معروف ومحاذرة قاعدتهما السفلى للمثلث (Trigonum) معلومة فلا عجب اذا ما التهابت المثانة ومصرتها فكثير التبول واشتدت الآلام وخرجت عند نهاية البول بضع قطرات من الدم واطن ان الزملاء جميعهم لاحظوا ذلك في التهاب الحوصيل المنوي الحاد اما في حالة الالتهاب المزمن فيكثر التبول ولا يصحبه دم ولا ألم ظاهر وطالما المريض لا يشكو ألماً فلا يستشير الطبيب . ولا يخفى ان تورم الحوصلين المنويين والتهابهما يفضيان الى انضغاط البروستاتة وضخامتها وتزولها الى ابعد من حدها الطبيعي الامر الذي يشوش التبول ويقلل المثانة من الخارج

فينصب من المريض بعد ان يبول بضغ قطرات من البول غير ان كل هذا لا يهم المريض ما زالت الالام لا توقه عن عمله ولا تشوش نومه .

ومنى التهاب الحويصلان النويان وضخما شعر المريض بثقل شديد في الشرج اشبه بببضة يريد ازالها وكل هذا فأتج عن تورم الحويصلين والتهابهما وضغطهما للبروستاتة التي تضخم بدورها ويلتهب عصبها وعصب الحويصل فتصبح الحويصلتان النويتان المتهبتان اشبه بدملين او خراجين وكلنا يعرف من التشريح موقع هاتين الحويصلتين بالنسبة للمثانة فعند ما تتبدى المثانة تتمدد باجتماع البول فيها تضغط هاتين الحويصلتين المتهبتين فيشعر المريض ان مثانته ستمزق والالم شديد عند مثلث المثانة (Trigonum) فيسرع المريض الى التبول فيعتريه فواق شديد وتخرج الغازات من شرجه ثم يبول زهاء خمسين غراماً في كل ساعة واذا امتنع عن البول اكثر من ساعتين تتشنج اعصابه ولا يستطيع البول الا بالقشطرة وبعد ان يبول المريض يستريح لان ضغط المثانة للحويصلين المتهبتين يخف وينسى المريض الصداع وقد يظن الطبيب ان في المثانة سرطاناً غير ان فحصها بالنظار ينفي هذا الورد الحيث فضلاً عن ان المريض يستريح ساعة بعد ان يبول فلو كان سرطان في مثانته لما استراح بعد التبول ولكان في بوله دم وقطع لحمة . ولعلم ان هذه الحالة ناتجة عن ضغط المثانة للحويصلين النويين المتهبتين الذين بعد قتهما على الاقل ١٤ سم من مدخل الشرج ولا تعمل اليهما الاصبع ليفكر في الوصول اليها بطريقة اخرى واتي اذ كر لكم حادثتين فقط : مريض أصيب بسيلان في السنة (١٩٠٤) ، وفي السنة ١٩٣١ اي بعد سبع وعشرين سنة لاحظ

انه يبول ٤ مرات أو خمساً في الليل فاستشار بعض الاطباء في مصر فلم يجد نتيجة فأتم أكبر العواصم الاوروية ثلاث سنوات متوالية فلم يستفد فجاني في السنة ١٩٣٤ فرأيت حوصليه المثويين ملتبيين وانهما سبب هذا التبول الكثير فعالجتهم شهرين ونصف الشهر فشفي .

المشاهدة الثانية: مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩١٠ وعولج جيداً على ما يزعم وفي السنة ١٩١٨ تزوج ورزق نسلاً وفي السنة ١٩٢٢ شعر انه يبول في كل ثلاث ساعات مرة واخذت هذه الحالة تزداد حتى السنة ١٩٢٥ فاستشار جراحاً اختصاصياً بمجاري البول فعاينه ووجد ان البروستاتة متضخمة وقد تبين من فحص المقرز البروستاتي ان فيه صديداً وجراثيم فاشار عليه بالذهاب الى اختصاصي بالامراض الزهرية فقصد الى احد كبار الاختصاصيين في هذا الفرع الذي عاجله مدة طويلة. فسامت حالته واصبح يبول في كل ساعتين مع ألم شديد وجهد فذهب الى اختصاصي آخر وعولج عنده مدة طويلة فاخذت آلامه تزداد ومدة التبول تقصر الى ان اصبحت ساعة ونصف الساعة الى ساعة واذا تأخر عن البول يشعر بتمزق في مثاقته ويعتريه دوار شديد وحس ولا يبول الا بالقنطرة فما كان من طيبه المعالج الا ان اشبهه بسرطان مثاني فارسله الى جراح المجاري البولية لاخذ رأيه فقحص الجراح مثاقته بالمنظار المثاني فوجدها سليمة وكان الدكتور المعالج حاضراً في اثناء فحص المثانة ونظرها بنفسه وبعد ذلك وصف له النيوتروين الذي اخذ المريض يتعاطاه مدة طويلة بدون جدوى غير انه كان يسكن آلامه تسكيناً طفيفاً واخيراً ارشده الي الصيدلي الذي عاجلت ألم ركبتة فجاني في تشرين

الثاني ١٩٣٨ فوجدت حويصليه المنويين ملتئين ومتورمين وانهما السبب في انسداد الشرج وكثرة التبول وضعف قوته المعنوية فقلت له ان مرضه يتحسن بعد تمسيد حويصليه المنويين ٧ مرات وان الاعراض جميعها التي يشعر بها تزول وانه يصبح يبول كل ست ساعات مرة بدون الم فلم يصدق . وكان معتاداً الا يبول الا اذا خرجت منه غازات وكان خروجها يخفف الضغط عن حويصليه المنويين فيخف الضغط عن البروستاتة ومصرة المثانة ولم تكن يبول الا ٥٠ سنتيمتراً مكعباً فقط فبعد ان ذلك الحويصلان المنويان سبع مرات اصبح يبول كل ست ساعات زهاء ٣٥٠ سنتيمتراً مكعباً وبدون الم واخراج غازات ، ولا يزال المريض مثابراً على المعالجة وقد شعر المريض بنشاط في جسمه وقواه الحيوية كما ان امعاءه تحسنت واصبح تغوطه طبيعياً وسعادة الدكتور عماره بك يعرف هذا المريض .

٤ - والآن اذكر التأثير الذي يقع على الجهاز التناسلي متى التهاب الحويصلان المنويان .

كلنا يعرف ان اعصاب الجهاز التناسلي مرتبط بعضها ببعض الآخر فمتى التهاب الحويصلان المنويان لا تلتب هذه الاعصاب فقط بل تلتب اغشيتها المخاطية وما فيها من الغدد ومتى عم هذا الالتهاب فالظاهرة الاولى التي يشعر بها المريض هي العنانة مع انه شاب لا يتجاوز الثلاثين سنة فيتعاطى مختلف الرسل (الهرمونات) بدون جدوى لان سبب العنانة التهاب الحويصلين المنويين الذي أفضى الى التهاب اعصاب القضيب وعدم انقباضه وهذا هو الراجع . لان اعصاب الاتصاب تخرج من الضفيرة الحوضية (Pelvic Plexus)

التي تنفرع منها اعصاب البروستاتة والحويصل النوي فلا عجب اذا ما تأثرت هذه الاعصاب متى التهاب الحويصلان النويان وهناك فرضيتان اخريتان هما تولد الرسول (الهرمون) وامتصاصه . ايتولد الرسول في الحويصلات من الغدد الموجودة فيها وعلى الاخص من خلايا غوبله (Goblet) ؟ اذا كان الامر كذلك فان التهاب الحويصلين النويين يفضي الى التهاب هذه الغدد وهذه الخلايا تفقد وظيفتها في توليد هذا الرسول . والقضية الثانية هي انه قد تكون لاجشية الحويصلين النويين خاصة في امتصاص الرسول المقوي للاتصاب فمتى التهابت هذه الاجشية تفقد وظيفة الامتصاص فتقف حركة الانتصاب او تقل وجميع هذه الفرضيات جائزة ولكن ارجحها الاولى وهي ان التهاب العصب هو السبب الاكبر في شل حركة الانتصاب والعانة ومهما كان السبب فان معالجة الحويصلين النويين بالذلك وازالة الالتهاب منهما تشفي العانة وترجع القوى الحيوية الى طبيعتها وقد عالجت كثيرين من العننيين الذين لم يتركوا وسيلة الا واستعملوها بدون فائدة ، بذلك الحويصلين النويين وازالة كل التهاب ينتج من ازمان السيلان او البلهرسيا فيما فشفوا واسمحو لي ان اذكر بعض المشاهدات :

المشاهدة الاولى : حضر شاب لعيادتي في السنة ١٩٣٥ عمره ٢٩ سنة اصيب

بسيلان من اثنتي عشرة سنة وبعد ثلاث سنوات من شفائه منه كما يزعم اصيب بعانة اي حينما كان عمره عشرين سنة وزار اطباء القاهرة جميعهم من اخصائيين في الامراض التناسلية والامراض المعوية وباطنيين وجراحين واخذ جميع الرسل المقوية فلم يجد كل هذا نفعاً واخيراً كاد ينحدر

لانه فقد لثة الدنيا بحسب ادعائه وكان شاباً مثقفاً فقال لي اسألك يا دكتور ان تصدقني اذا كانت فائدة من معالجي ام لا ؟ فقلت اتني لا يستطيع الجرم ما لم أخلص الحويصلين المتويين فوجدتهما ملتهين متورمين فاجبته ان امرك سهل ولا سيما انك حديث السن فاطمئن فقال : ليت هذا هذا يتم يا دكتور وانا اصبح مديناً لك بحياتي. فعالجته بذلك الحويصلين وتنظيفهما جيداً ولم اعطه اي رسول فعادت حالته الى ما كانت عليه قبل إصابته بالسيلان وتزوج قريبة له ورزق بنين .

الشاهدة الثانية : شاب عمره ٣٢ سنة أصيب بسيلان ثم شفي منه كما يزعم وبعد اربع سنوات تزوج وحاول عبثاً ان يقوم بالواجبات الزوجية وبعد ذلك زار طبيبين اخصائيين فدل كاه بالاصبع واعطياه رسلاً وبقي اربعة اشهر يتردد عليهما والعروس تنظر فصم على الانتحار واخيراً أحضره صديق له كنت عالجه فوجدت حويصليه المتويين ملتهين ومتورمين وفيهما كية من الصديد والمكورات المزوجة فعالجته بذلك الحويصلين المتويين فشفي في خلال ٣٧ يوماً .

الشاهدة الثالثة : رجل عمره ٦٤ سنة أصيب بسيلان من ٤٦ سنة وكان يشكو التبول وجدت حويصليه المتويين ملتهين جداً فدلكتهما فشفيت اضطرابات بوله واخيراً زارني بعد سنة وقال لي اشكرك يا دكتور لان قواي الحيوية تحسنت فهذا الرجل لم اعطه اي رسول ولم اعالج عنائه وكل ما عملته هو ذلك حويصليه فقط وليعلم ان جميع الحالات التي عالجتها تحسنت فيها القوى الحيوية بدون اخذ اي رسول لان الرسل لا تفيد شيئاً متى كان

الحويصلان المتويان ملتصقان ولا سيما بعد اصابة السيلان والبلهارسيا المزمنة ويثبت ذلك وجود بينضات البلهارسيا في الحويصلين لان هناك عتانة ناجمة عن اسباب اخرى مثل الضعف العام في الجسم والسكر والامراض المعوية والشلل ربما تفيد فيها الرسل . وتفيد الرسل متى وقف الجسم عن افراز رسل جديدة في الشيخوخة وبعد ان ذكرت لكم شيئاً عن العتانة اذكر لكم الآن شيئاً عن العقم .

ينقسم العقم قسمين رئيسين احدهما عقم طبيعي والثاني عقم مكتسب فالعقم الطبيعي هو كون الانسان يولد عقياً اي ان سائله المنوي لا يحوي الا المذي (افراز البوستاتة) والوذى (افراز الحويصلين المتويين) وليس فيه نطف البتة ولا جراثيم ولا صديد وحويصلاه وبروستاته سليمة ودمه نقي فشخص كهذا لا تنجح المعالجة فيه لان المولى خلقه عقياً وسبحانه تعالى يهب النسل لمن يشاء .

اما النوع الثاني من العقم وهو المكتسب فيحدث بعد اصابة الانسان بسيلان او بلهارسيا او التهاب الخصية او سلها وينقسم قسمين كلي او بعبارة اوضح لا تستطاع معالجته وجزئي وهو ما تستطاع معالجته فالكلي تصاب فيه الخصيتان والبربخان وتفقد وظيفتهما اي تصبح عمياء وكلنا يعرف ان العقم لا يمكن معالجته وفي هذه الحالة يجب فحص الخصيتين والبربخين والقناة النوية جيداً فاذا وجدت غير طبيعية ومتضخمة وليس في المني نطف لاهية ولا ميتة كان هذا نوعاً من العقم الطبيعي الذي لا تستطاع معالجته اما النوع الثاني وهو الجزئي الذي يحوي المني فيه كثيراً جداً من النطف الميتة

و قليلاً جداً نقطة او نقطتين حيتين وجراثيم وكية كبيرة من الصديد فتستطاع معالجته فتى طهر الحويصلان المنويان والبروستاتة جيداً و زال الصديد والجراثيم تجدد النطف مرتماً خصباً تعيش فيه لان افراز البروستاتة والحويصلين المنويين المقعم بالجراثيم والصديد يقتل النطف كما ان التهاب الحويصلين قد يضغط القناة المنوية ويضيقها فيتمسر سير النطف فيها وقد يفضي الى التهاب الاسهر والحصيتين وقد يتزوج رجل ويرزق مولوداً او مولودين ثم يقف النسل مع انه حينما تزوج كان في منيه كثير من النطف التي اخذت تتلاشى لالتهاب الحويصلين المنويين وانتهى بها الامر الى الاضمحلال ومتى اضمحلت تمذر ارجاعها اما اذا وجد ولو قليل منها وكان ضعيفاً فمعالجتها ممكنة فحلى الطبيب والجراثيمي ان يدقعا في فحص المنى : وقد جاني كثير من مصابون بالعقم وتقاريرهم تثبت ان في منيهم نقطة حية وميتة وكان الحويصلان المنويان والبروستاتة فيهم سليمة والحصىة متعجرة وملتصقة بالبربخ وليس في المنى كما تين من فحصه نقطة واحدة فكان التقرير خطأ والمعالجة غير مجدية فلا بداً من الحيلة في فحص المنى والتأكد من وجود نطف حية وميتة وجراثيم وصديد قبل تقرير المعالجة والا فالمعالجة خائبة ولا حاجة الى اخذ الرسل لانه متى زال الصديد والجراثيم تعيش النطف واليك ثلاث مشاهدات :

١ - مريض اصيب بسيلان وبعد شفائه بخمس سنوات تزوج وظل مع زوجته عشر سنوات لم يرزق بنين وعولج بكل انواع الرسل المقوية للخصيتين وذلك البروستاتة فلم يجد هملاً فحضر ليايدي وفحصت منيه فوجدت فيه نطفاً حية قليلة ونطفاً ميتة وصديداً وجراثيم وعالجته بذلك الحويصلين

وتنظيفهما فشفئ ورزق نسلًا .

٢ - : مريض آخر ارسله الي الاستاذ محري بك عواج طيلة ١٦ سنة بدون جدوى وكان هذا المريض اصيب بيلهارسيا في صفره ادى الى التهاب الحويصلين المنويين وقتل معظم النطف فعالجته وكانت النتيجة احياء منه وازالة الصديد وهو الآن حي ورزق نسلًا مع انه تزوج قبلها ثلاثاً ولم ينجب نسلًا .

٣ - مريض ارسله الي الدكتور نجيب بك مقار كان يعالج لاحياء المنى طيلة ٧ سنوات بدون جدوى لان حويصليه المنويين كانا ملتهين بيلهارسيا مزمنة فعالجته بذلك الحويصلين فزال الجراثيم والصديد وعاشت النطف وتفتت .

٤ - : مريض اصيب بالسيلان من عشر سنوات وبعد شفائه تزوج ولكنه لم يرزق نسلًا ففحص منه فكانت نطفه ميتة كما قرر ذلك جراثيمان وبعد زواجه باربعة سنوات حضر اليّ فعالجته بذلك الحويصلين المنويين وأزلت له كل مانع وأحييت منه الذي فحصه الدكتور احمد الحلواني وأمثلة كهذه كثيرة يأسادة . فقط يجب ذلك الحويصلين المنويين اللذين تبعد قتما ١٤ سم عن مدخل الشرج والشيء الذي يهني ان يعترف الزملاء به هو ان الحويصلين المنويين لا تطولهما الاصبغ كما تين من تحقيق حضرة النطاسي الاستاذ عماره بك والنطاسي الاستاذ حسين بك سامي في مشرحة الطب الشرعي بقصر العيني في تعيين بعدقة الحويصل المنوي عن مدخل الشرج فكيف يشفى السيلان اذا كان لا يستطيع الوصول اليه . ولا يفوتكم

يا سادة ان الفسل واجب والطرق الاخرى جميعها لازمة ولكن ذلك الحويصلين ألزم لانه بمثابة لقاح ذاتي (Autovaccin) فهو يحدد الدوران الدموي في الناحية المدلوكة ولذلك الحويصلين فائدتان احدهما ما ذكرتها وهي بمثابة لقاح ذاتي والثانية طرد الافرازات التي تمنع بالجراثيم وسأذكر لكم كيف اخترعت آلة لذلك الحويصلين النويين الملتئين: كنت اعتقد لغاية شهر آب من السنة ١٩٢٧ ان السيلان المزمن لا يشفى ذاتاً لمقاومة المرض لكل انواع طرق العلاج المستعملة من مس وضيل وحقن وتقطير وتوسيع وذلك وقد جعلني اصل ليلى بنهاري في البحث عن طريقه ناجحة لاستئصال هذا المرض المضال أن قد اصيب به اعز حبيب وصديق لدي، اصيب هذا الصديق في السنة ١٩١١ حين كان تلميذاً صغيراً وعولج منه ولكنه شعر انه غير مرتاح البال كما انه كان يشعر بعنائه والتهاب الامعاء وعسر هضم وقد عرض نفسه ما بين السنة ١٩٢٣ الى السنة ١٩٢٧ على كبار اساتذة المانيا والنمسا وتوجه لعرسة لمرض نفسه على استاذها الاكبر وكان يقول له انك شفيت تماماً كما ايد ذلك الفحص الجبري وزرع مفرز البروستاتة والمني والبول الحالي من الجراثيم حتى من الصديد ولكن الصديق لم يكن مطمئناً الى كل هذا وعبثاً كنت اخفف عنه مستنداً الى كلام كبار الاساتذة الذين عاينوه غير انني كنت في الوقت نفسه اقول لعله مصيب لانه ادري بنفسه من كل طبيب وكنت اذ ذاك الى جانب الاستاذ ارنيت (Arnet) وسأنته لماذا هذا المريض لا يصدق ما زلت الاستاذ الاكبر فقال لي حضرته كل واحد يصاب بالسيلان يصاب بالوهم ويعتريه شيء من الوسواس الخناس

الذي يوسوس في صدور الناس . ولكنني اخذت اواسي هذا الصديق ولات
 مواساة والنفس شاعرة بالآلامها . فسألت الصديق ما هي آلامك ؟ قال:
 مفاصلي ، رأسي ، جسمي ، امعائي ، قواي الحيوية . قلت ما بقي لك قال لم يبقَ
 سوى الموت قلت له ما الذي تشعر به في جهة الماتة ؟ قال لا شيء سوى اني
 احب ان ابول . وما الذي تشعر به عند التبرز ؟ قال ألم وتعب وغازات
 كثيرة . واخيراً قلت له ربما يكون التهاب وسد في المستقيم فقال انا امامك
 وانت صديقي وماذا اعمل حتى اخلص من عذابك قلت له تنظر الشرج فاطاع
 فلم نجد اي التهاب او تورم في الشرج بعد ذلك قلت له الشرج سليم قال
 لي انت لست صديقي ان لم تبحث لي عن دواء لعلني قلت له نعمان الماتة
 قال انا طوع بنائك قلت له هيا الى الاستاذ رنج لب وذهبنا معاً ولم نجد
 شيئاً في الماتة اخيراً اخبرته ان الماتة وعجري البول والبروستاتة والمستقيم
 كلها سليمة والفحص المجهري سليمي قال لي انت لا تبحثني انا شاعر بالمد
 كانه الدمع وتعب يزداد يوماً عن يوم وقد قرب الموت مني وحينئذ رأيت محاول
 الانتحار قلت له لا تكن جبناً دعني ادخل قاتاطير معدنياً غليظاً في شرجك
 واضغط محيط الماتة حتى اري ما بها وكانت على سبيل التجربة فادخلت
 القاتاطير في الشرج شيئاً فشيئاً حتى وصلت الى نقطة صرخ من ألمها
 صرخة دوى لها المكان فاخذت القاتاطير وصرت ادلكه الى ان
 حصلت على افراز فحصته بالمجهر فوجدت فيه صديداً كثيراً وقليلاً من
 المكورات المزدوجة ففرفت ان صديقي محق في آلامه وليس واحماً لان
 البعد الذي وصلت اليه كان اربعة عشر ١٤ سم على الاقل من مدخل

الشرح ولا يمكن الوصول اليه بالاصبع فقلت لصديقي ان ينتظر ريثما اعود الى مصر وهناك اعالجه لان الذي انتظر ١٦ سنة يستطيع الانتظار ٧ اشهر فاذهن الى نصيحتي وانتظر حتى رجعت الى مصر في منتصف اذار من السنة ١٩٢٨ وفي تلك الاثناء ما بين ١٩٢٧ ومنتصف اذار ١٩٢٨ كنت افكر في عمل آلة شبيهة بالقائاطير وسهلة الاستعمال في الدلك الى ان توصلت الى استنباطها فبهذه الآلة عالجت صديقي العزيز وعالجت ٤٥٩ مريضاً ما بين آذار ١٩٢٧ الى ايار ١٩٣١ وقد اعدت فحصهم فلم اجد فيهم اي التهاب او تورم او ضخامة في الحويصلين لان الحويصل السليم لا يؤلم في اثناء الفحص بيد ان الحويصلات المصابة تتألم اشد الألم لان الالتهاب فيها يصبح بمثابة دمل وكلنا يعرف ما هو الم الدمل متى دلك . وكنت ارى ان الآلة كلما كانت ساخنة كانت سهلة الاستعمال وخففت عن المريض بعض المة فكنت اصلها بمحقة شرجية حتى يسير منها تيار ماء ساخن في الدرجة ٤٥ ويسهل بها الدلك ولما تحققت فائدة هذه الآلة اردت ان ارفع من شأنها فاخترعت لها جهازاً خاصاً يمدّها تيار ماء ساخن بدلاً من المحقة الشرجية وقت بتسجيل الجهاز والآلة في ١٠ يونيو ١٩٣١ حتى لا تمتد اليها اليد ويصبح الوصول للحويصلات المنوية لتدليكها وطرد ما فيها من افرازات مفعمة بالجراثيم اختراعي الخاص والآن عالجت بهذا الجهاز ما ينيف عن ٣٠٠٠ مريض وسميته «جهاز فجار المصري» نسبة الى اسمي فمي جرس ومصري الجنس والآن ارجو من زملائي الافاضل ان يتنازلوا ويستعملوا هذا الجهاز لانه افيد لهم والمرضى والسلام .

خطاب رئيس المعهد الطبي

الاستاذ حسني سبيع

في مؤتمر القاهرة الطبي

صاحب السعادة، اصحاب المزة، سيداتي سادتي :

شرفتني الحكومة السورية بان اشترك مع زميلي الدكتور عرقنجي بك
بتمثيلها كما عهدت الي الجامعة السورية والجمعية الطبية الجراحية في دمشق
ان انوب عنهما في مؤتمر القاهرة الطبي الثاني ومؤتمر الجمعية الطبية المصرية
الحادي عشر ، واتني بهذه الصفة ارفع الى جلالة الملك المعظم وحكومته
السنية من رئيس الجمهورية السورية والحكومة السورية ، والى الزملاء
الافاضل اذكى السلام واطيب التحية .

وتحية مباركة احملها ايضاً من ضفاف بردى الصغير الى ضفاف النيل
المعظم ، ومن معهد دمشق الطبي القتي الى اخيه الاكبر بل ايه معهد الطب
المصري الكهل ، ومن الجمعية الطبية الجراحية الفتاة الى الجمعية الطبية
المصرية الكاملة الراشدة .

حقاً لقد حللنا اهلاً ووطننا سهلاً ، وجاورنا وخبرنا . فزدنا عجباً فوق
عجب واجلالاً فوق اجلال . وايقنا ان في جانب الصروح الشاحنة الناطقة
بمعظمة الماضي وجلال الحاضر ، حضارة وثقافة ونهضة مباركة تبرز قريناتها
في بلاد الغرب .

ومتى كان الشخص في يثة غير يسه تمكن من الحكم على الاعمال التي تتم فيها حكماً مجرداً خلواً من التأثيرات الموضوعية ، والسوري الذي يهبط مصر ويحبل الطرف في ما حوله وينظر بعين الإعجاب ما تقوم به من الاعمال في مختلف الشؤون يستطيع ان يرى ما في هذه الاعمال الصالحة من جهود وعزيمة . ولما كانت الناحية العلمية عامة والطبية منها خاصة مما يهمننا في الدرجة الاولى ، وكانت اعمال الجمعية الطبية المصرية والجامعة المصرية هي ما نضمه تحت مجهر التحليل لنرى ما ترمي اليه ، اتيت راجياً من زملائي الكرام ان يسمحوا لي بكلمة بريئة ملوثة بالاخلاص :

ان الدعاوة التي تقوم بها الجمعية الطبية المصرية بمقدها المؤتمرات سنة في القطر المصري واخرى في احد البلاد العربية لمن أجل الاعمال وانفعها ، لانه عدا ما تحققه من تعارف الزملاء المنتشرين في البلدان العربية وما ينجم عن هذا التعارف من الفائدة وعدا زيادة هذه البلدان والوقوف على درجة ارتقائها وحالة الثقافة العامة والثقافة الطبية بالخاصة فيها ، فان هذه المؤتمرات تكشف النقاب عن اعمال الاطباء العرب وبجائهم وتنقياتهم ومبتكراتهم ، وتبرهن ان هذا الخلف اهل بأن يتبوأ المقام الرفيع الذي تركه له السلف ، وتمحو من نفوس الشرقيين ما كان يساورها من الظن انه دون الغربي علماً . وان شعباً كالشعب المصري يقوم بهذه الحركة المباركة الواسعة النطاق الشاملة لاكثر نواحي العلم والثقافة ، لأهل ان يكون مصدر الحركة الثقافية في البلدان العربية . ولعل هذه المؤتمرات التي تقوم بها الجمعية الطبية المصرية هي الخطوة الاولى التي تخطوها نحو استقرار الثقافة العربية في هذا

البلد الآمين وبشها من جديد لتمود فخير العالم وتبره . غير انني ارى ان مثل هذا العمل يستدعي ليثمر الثمرة الطبية شروطاً ثلاثة لابد من توفرها لضمان النجاح وهي : (١) الاستقلال السياسي . (٢) المال والمؤسسات العلمية والرجال الاكفاء . (٣) اللغة .

اما الشرط الاول وهو الاستقلال فقد استقر لمصر والحمد لله بعد تلك الجهود الجبارة ، وما قامت به من تضحيات بالغة . واما المال فهو لا ينقص مصر الغنية بمواردها وفيها ما فيها من ينابيع الثروة ، واما المؤسسات العلمية واعني بها مختبرات الابحاث في مختلف الفروع الطبية ، فقد رأينا في زيارتنا القصيرة الشيء الكثير منها ، والرجال الاكفاء متوفرون والحمد لله ، ويكفي مصر فخراً ان بين علمائها الاطباء من يشار اليهم بالبنان . ولا املك نفسي من ابداء امنية تدعو الى ان تكون تلك الثمرة العلمية اشهى وانبع ، وهي ان يضمن لرجال العلم الباحثين الرزق الوفير لينصرفوا اليه ، وليتابعوا ابحاثهم آلاء الليل واطراف النهار ، فيستثار بهم في دياجير الحوافي وظلمات المستعصيات واما اللغة فاني مع الاعتراف بان ثمة اتجاهات جديدة الى اعارة اللغة العربية المكان اللائق بها في الابحاث العلمية الطبية ، ارى ان يكون الاهتمام بها اكثر من ذلك ، ان الثقافة المراد تصديرها اليها السادة ينبغي لها ان تطبع بطابع البلاد الذي يتجلى باللغة وحدها وكل بلاد لا تماشى لنتها العلوم في ارتقاؤها لا تصلح لان تكون مصدراً لتلك الثقافة . واللغة العربية لا ينقصها شرط من الشروط الواجب توفرها في اللغات العلمية ، فعلى ابنائها ان ينظروا الى هذه الناحية ويسيروها الاهتمام الكافي . ولا يعقل ان تكون

ثقافة مصر الطيبة التي تمت بها الى البلاد العربية الاخرى بغير اللغة العربية بل كيف تستطيع ان تطبع هذه الثقافة بالطابع العربي وهي تلبس حلة اعجمية . ان يتابع الثقافة الغربية تنشر في المجلات والجرائد وبالمحاضرات بلغات اهلها من انكليزية وفرنسية والمانية واطالية وسواها ، ولا يخفى ان كل دولة وامة من هؤلاء تفي كل العناية بنشر ثقافتها ولغتها بين الامم الاخرى لماآرب شتى ، مما يجعلنا ان نرقب بلهفة ذاك اليوم الذي تصطبغ فيه الثقافة الطيبة المصرية بالصبغة العربية وحدها .

ان مصر صاحبة اليد البيضاء بحمل لواء اللغة القصصى برجالها ومعاهدها وباجاد المجمع اللغوي الملكي الذي يقوم بأجل الاعمال العائدة الى اللغة بأجل المنافع ، وثقافتها الادبية هي المنهل القياض الذي يتترف من معينه اهل البلاد العربية القرية والبيدة ، وليس احب اليانا نحن معاشر اطباء الشرق العربي ان نجد بين ايدينا مؤلفات ومجلات في الطب تنشر باللغة العربية . ومصر العزيزة التي تقبوا عرش الزعامة من البلاد العربية في جميع الشؤون لمهي جديرة بان تخطو هذه الخطوة ليتمكننا ان نستثير باعمال علمائها وان ننظر بعين الاعجاب الى آثارهم في العربية .

واللغة ياسيداتي وسادتي ومن وراثتها وحدة الثقافة ، هما الاساس المسكين الذي ينبغي ان يبنى عليه صرح الوحدة العربية المنشودة . واذا تركنا نحن معاشر الاطباء امر تحقيق هذه الامة الغالية الى الزمن والى رجال السياسة فعلينا واجب تمهيدي نكون مسؤولين امام الله والتاريخ والاجيال المقبلة ، اذا لم نشمر عن ساعد الجد لتحقيقه ، اعني به توحيد الثقافة واحلال لغتنا العزيزة المكان اللائق بها .

نظرة الى بلاد الغرب ، نَرَّ أن جميع الامم سعت الى الاتحاد ونالته مُسَمَّع من يمتُّ اليها بصلَّة اللغة المتينة عن طريق التعاون الثقافي ، وهانحنُ معاشر السوريين ، وابناء البلاد العربية كافة ، نغضب اذ نرى ان الحكومة المصرية الجليلة قد فتحت ابواب معاهدها العلمية الى الطلاب في الاقطار الشقيقة وزيدنا ابتهاجاً نحن ابناء سورية ان يحضر الى مصر في هذه الفرصة السعيدة من يمثل بلادنا ووزارة معارفنا للمداولة بعقد هذا القران الثقافي الذي نرجو ان يتلوه في القريب العاجل الزفاف الميمون ، فالمولود السعيد .

اتنا ايها السادة نعيش في عصر القوميات، وعزة كل قوم بعبده وُعدهه والناطقون بالعربية قوم واحد مهما اختلفوا في المنشأ والسُلالة ومسقط الرأس ، ومصر العزيزة يمتاز كلنا بعمرويتها ، وكأني بها وبموقعها الجغرافي بتوسطها البلاد الناطقة بالضاد ، رأس طائر مع اعضائه الرئيسة ، والجزء الشرقي من البلاد العربية جناحه الايمن ، والجزء الغربي منها جناحه الايسر فعلى الرأس ان يرعى الجناحين وليس بطائر ان يظير الا بجناحين وليس بجناح واحد .

وفي الختام اسمعوا لي ان اكرر شكري الجزيل باسم الجامعة السورية والمعهد الطبي العربي والجمعية الطبية الجراحية في دمشق للجمعية الطبية المصرية وللشعب المصري الكريم على حسن الوفادة التي لقيناها وان اهتف عاش ملكها العظيم فاروق الاول والسلام .

الشباب والاشباب

٩.

للمعلم شوكة موفق الشطي

فضائل الصوم الصحية

صوموا تصحوا (حديث شريف)

ليس المتبعون لأوامر القرآن الكريم والأحاديث الشريفة في امر الطعام والشراب معرضين للأمراض الحرضية ولكن النفس امارة بالسوء فقد يُسْرِف المرء في بطنته مع علمه بضررها او يكون جسمه مستعداً لهذه الامراض وراثية فمن الحكمة والحالة هذه ان يلجأ الى الصوم للوقاية لا للمعالجة ليدراً عن نفسه شر ما ذكر بالامتناع عن الطعام والشراب مدة موقته تستريح فيها اعضاؤه الخاصة بالمضغ من جهة وتخف عن البدن وطأة تراكم تلك السموم البدنية لطرحها اثناء ذلك بوارد قليل فصوم شهر في السنة راحة للمعدة ووقاية من الامراض الحرضية .

وقد راقبنا كثيراً من المصابين بالأمراض الحرضية وامراض الانبوب الهضمي فرأيتهم يستفيدون من صوم شهر رمضان فائدة كبيرة اذا اتموا صيامه كما أمر به الدين الخفيف .

وللصيام فائدة اخرى فباعتباره عبادة روحية تكون فائدته في المجموع المصبي كبيرة ولا يخفى ان حسن القيام بوظائف الانبوب الهضمي يتوقف ايضاً على سلامة الجهاز المصبي اذ لا يخفى ان اكثر اصحاب الاعصاب الهادئة

الصحيحة لا يشكون قهراً ولا بردة على ان اكثر مضطربي الاعصاب ومشوشى الاحوال الروحية هم سيئو الهضم ايضاً حتى انه يقدر ان نصف المصابين بأفات واضطرابات هضمية هم من مضطربي الاعصاب فيكون الصيام بعد عبادة روحية وسيلة صالحة لشفاء احوال هؤلاء العصية ومتى صلحت اضطراباتهم المذكورة عقبها صلاح احوالهم الهضمية من نفسها (الاستاذ بوجهه) لذلك كان الصيام للمسلمين ذا فائدة مضاعفة بآثره الروحي والبدني في الجسم .

فاذا اضفنا الى ذلك الفرض على المسلمين في رمضان اداء ٢٠ ركعة من الصلاة وتخفيف السجود اذ كثيراً ما كان يتسعر النبي صلى الله عليه وسلم بحرمة ماء ادر كنا عظم فوائده شهر الصوم وايقنا ان هذا الشهر وسيلة لحفظ الابدان بصحتها الموجودة وردّ صحتها المفقودة اليها ودفعه عنها آفاتهما وعوارضها المضادة لصحتها .

بعض مقاصد الصوم

ليس المقصد بالصوم مجرد الامساك عن الاكل والشرب وعن كل مفطر من الفجر الى الغروب بل المقصود ايضاً ترك محبوبات النفس ايثاراً لهما الله ومرضاته وتذكراً بحال الآكباد الجاثمة فيعاني الصائم خلال صومه من مرارة الجوع ولظى الظلم ما يدفعه الى اغاثة من يراه محتاجاً الى طعام او شراب لينقذه من مثل ما ذاق ألمه بخلاف من لم يصم فان من لم يقاس بلاءاً لم يدرك عناه وقد قيل ليوסף عليه السلام لم تجوع وانت على خزان الارض قال اخاف ان اشبع فانسى الجائع فالصيام دعوة الى اسعاف الجائع الظالم

وحت على الزكاه التي هي مؤاسة للفقراء وممونة لذوي الحاجات والضمفاء
الموزين وادخال السرور عليهم وهداية الى الكف عن النسيمة والنميمة والكذب
والراء وارشاد الى كبح النفس عن الاسترسال في ميولها ومتابعتها في غلواتها .
والصوم سبيل تعود الصبر والثبات على المسكاره ومقاومة النفس ومن
اعتاد مقاومة نفسه عند تزوعها الى ميولها اصبح لعقله السلطان على بقية
قواه ومن السعادة ان يملك الانسان نفسه لا ان تملكه نفسه والى ذلك يشير
الحديث (رجعنا من الجهاد الاصفر الى الجهاد الاكبر) وهو جهاد النفس
بمسكافة ميولها واهوائها فالصوم وسيلة لمجاهدتها وتمويد على الشجاعة
الادوية والشجاعة الادوية اساس الفضائل وعنوان محاسن الشائل ومما تقدم
يتبين لماذا رغب الشريعة الاسلامية في الصوم وبالفت في الحث عليه
واكثرت من الوسائل التي توصل اليه

البحث

في

آثار القيام بدعامتي الاسلام الصلاة والصيام في طهارة الجسم والروح

يننا في الابحاث السابقة مالدعامتي الاسلام (الصلاة والصيام) من اثر
صحي في الاجسام ذلك الاثر الذي يصعب الاستحصال عليه بارشاد الناس
الى اتاع قواعد حفظ الصحة في الطهارة والمأكل والمشرب على انه اذا
فرضنا ان بعض الناس المثقفين يقدرون امور الصحة حق قدرها فن اين
للسواد الاعظم ان يدرك ذلك ؟

يستطاع حين المقارنة بين بدويين احدهما مطيع عامل بأوامر الدين الخفيف وثانيهما مهمل لها وغير عامل بها ، تقدير تفاوت المظاهر الجسمية والصفات الروحية في كل من الاثنين والتحقق من آثار القيسام بفريضتي الاسلام . وعندي انه اذا كان بلغراف وغوستاف لوبون ^(١) يقولان عن عرب نجد انهم اشرف اهل الارض قاطبة فذلك لما رأياه فيهم من طهارة الجسد والروح وسبب ذلك قيامهم بفرائض الاسلام وشعائره على أتم وجه . ويكفي ان نميد بنا الذكري الى عرب بين الحرمين وما كانوا عليه في العهد العثماني من شقاوة وحب في الفتك والسلب والنهب وما صاروا اليه بعد ان شرعوا يقومون بأوامر الدين الخفيف وتصديقاً لذلك نورد اكثر ما جاء في مقالة نفيسة كتبها الاستاذ العلامة الدكتور عبدالرحمن شهنندر عنوانها النظافة الاسلامية والطب النبوي لما لها من صلة بموضوعنا ولما جاء فيها عن حال بدويين شقيقتين احدهما متدين منذ سنة والثاني غير متدين . قال الزميل الفاضل منذ نحو ستين سنة سافر المستر و . كويليم من انكلترة الى جبل طارق اتجاعاً للصحة فر على احد الموانئ في المغرب الاقصى فرأى ان جمهوراً من الناس على ظهر احدى السفن يمتحون الماء من البحر بدلائهم يتوضأون به ويغتسلون ، فسأل عنهم ف قيل له انهم حجاج مسلمون ، فدخل في قلبه الاسلام وقال : ان ديناً يأمر اتباعه بالنظافة ، ويرفع مستواهم الى هذه المرتبة الوضوءة لحري بالاحترام فلما عاد الى بلاده كان اول من نظم الدعوة للاسلام بين بني قومه ، وجرى على طريقة المبشرين في نشر محاسنه .

وحدث لي في إبان الثورة السورية الكبرى اتني نزلت (وصديقي
المجاهد المرحوم الدكتور خالد الخطيب) على ماء منقطع يبعد عن الممرور
زهة مئة كيلومتر، يدعى « الأزرق » فوجدت بيتاً من الشعر صغيراً فيه
رجلان مختلفان جد الاختلاف في نفاقتهما ولباسهما وحديثهما ، وانهما مختلفان
كثيراً في السحنة واللجة وتكوين الاعضاء ، الواحد ذو بشرة وضوء وجبهة
ناصعة وأسنان لامعة وعينين سوداوين براقين واظافر مقلومة مقصورة ،
وثوب نقي طاهر ، والآخر كد اللون بمجبة قدرة واسنان قلعاه (صفراء)
قد تكدست على اصولها الرواسب وتخللتها فضلات الطعام وعينين اكتملتا
بالرمص ، واظافر تراكت تحتها الأوساخ ، وعليه قيصر لم يبتل منذ ما لبسه
بغير الافرازات ، ثم اذاهما حضرا امامك فاحت من ذلك رائحة الماء
والصابون ، وانبثت من هذا رائحة الصنان ، ومن شاء ان يعلم السبب في
هذا التباين بين هذين الاخوين الشقيقتين الناشئين في خيمة واحدة ومحيط
واحد فليسمع الخلاصة الآتية المأخوذة من مذكراتي ، والتي طالملا رددتها كتابة
وخطابة وهي لعمري الحق شهادة تاريخية تزيه بما يضعه الدين الاسلامي في
الأقوام القطرية (ليس المقصود في هذا الحصر ان فعالية الدين كما ذكر في
الاقوام القطرية) من الاصلاح المادي والمعنوي ومن النظافة الجسدية
والطهارة الروحية .

« الأزرق في ٢٧ ايلول سنة ١٩٢٦ اجتمعنا هذا الصباح بديلم بن علي
الشرادي وبأخيه ، وديلم هذا هو من مواليد المييزة في (وادي السرحان) ،
وعمره خمس واربعون سنة ، قضى معظمها في (الجوف) وسافر حتى (بلاد

الشنبل) ووصل الى (الكويت) ورأى (البحر المحيط) واغار علي (بني عقيه) وكاد يصل الى (مدائن صالح) دخل في الوهاية منذ عام واحد وقال عن نفسه : كان حالي قبل التدين انني اسلب اخي اذا صادفته ولم اعرف وجهه ، فلا اترك عليه الا ما يستر به عورته ، وازني بالمرأة في فراشها واقتل بالبندقية التائم بجانب بعيده لآخذه منه وما كنت اصلي بل اصوم ، وانما مثل اكثر الشراريين (ومثل اكثر الحضريين) واليوم اتوضأ واستحم واغسل ثوبي يوماً بعد يوم فلو صادفك على الطريق الى (الجوف) لانتحت بعمرك وسألتك عن غايتك من سفرك وهل انت (عان) يعني تقصد احداً ، وما هو دينك فاذا قلت الاسلام سألتك هل تصلي وتصوم وتحج وتركي فاذا كانت اجوبتك صحيحة قت اليك وعانقتك عنق الاخ لآخيه .

لقد افضت بعض الافاضة فيما نقلته من مذكرياتي عن صاحبنا ديلم الشرادي ولم اقتصر على طهارة جلده ونظافة ثوبه فقط بل سمحت لنفسي ان اتقل شيئاً مما ذكره عن طهارة روحه ايضاً ، لان الانقلاب الديني الصادق يجب ان يكون متعدد النواحي . يجب ان يكون معنوياً كما يكون مادياً ، والاتصال بين هاتين الناحيتين من نواحي الحياة اتصال وثيق ، وفي نظري ان فصل الجلد من غير فصل النفس ، وصب الماء على الايدي والارجل لا إزالة الاوساخ عنها من غير تطهير الروح من الادوان العالقة بها ، عمل بعيد عن تحقيق الانقلاب المنشود ، ولعمري ان تسليح الجندي بالآلات الحرب بالغة ما بلغت من المضاء والاتقان لا يحمله محارباً صالحاً ، ما لم يكن قلبه طائعاً بذلك السلاح المعنوي الذي يدعي اعلافاً .

وحسي ان اورد ما شهدته من الانقلاب الذي اصاب البدوي الشراري القطري في روحه كما اصابه في جسده لابين ان الاسلام ثورة اجتماعية مزدوجة تتناول الظاهر والباطن ، تتناول الناحيتين من مظهر الحياة ، الناحية التي يطل عليها البصر ، والناحية التي تشرف عليها البصيرة . وهذا كله بخلاف اعداء الدين من الجاهلين من ابنائه (ومن المتمصين الاجانب ايضا) فهم يحاولون ان يظهروه بمظهر المقتصر في اعماله على الشعائر والمناسك في شؤون رسمية خارجية بحجة لا علاقة لها بمعنى من المعاني السامية حتى صح فيهم سؤال المتنبي : اغاية الدين ان تحفوا شواربكم ؟

وفي عقيدتي ما أضر بالاديان مثل التمسك باللفظ دون المعنى ، وبالشعار دون الحكمة ، وبالوسيلة دون الغاية ولو ادرك المسلمون الاحوال المحيطة ، لاحظوا ان الدين قائم على غايات اجتماعية ، وان غاية الوضوء او الاغتسال هي النظافة .

وقصارى القول ، ان الدين الاسلامي امر اتباعه ان يتقسطوا ويتوضأوا ويطهروا ثيابهم في احوال متعددة وفرص متنوعة ليكونوا نظفاء .

ان النواحي الاخرى التي يتصل فيها الاسلام بالصحة العامة لا يتسع لمثلها هذا المقال الموجز . فن اعظمها شأنًا واقدسها سرًا تحريم الخمر احتشاه او يماً (١) حتى للتداوي ، ومن الطغفها تحسين النسل بفسخ عقود النكاح لأمراض لا تؤثر في اصحابها فقط ، بل تؤثر في ابنائهم ، ومن اقبحها تفصيل الماء وجعله سيد الشراب في الدنيا والآخرة ، ومن انظفها وأجملها

(١) سفرد بحثاً خاصاً لضرر الخمر ونحرمة

الاستيائك والتخلل ، فقد جاء في الحديث عن الاول (استاكوا ولا تدخلوا علي قطعاً) وعن الثاني (يا حبذا المتخللون من الطعام ، ليس شيء اشد على الملكين من بقعة في الثمم من أثر الطعام) ، ومن اشدّها ارتباطاً بالمصلحة العامة والخاصة قلم الاظافر والحنان ، واطفاء النور والمصاييح في البيوت حين النوم والتحذير من الدخول على المصايين بالوباء ونقله الى غيرهم منهم ومنها وما يحتاج الى مدون خاص ، وحسب الاسلام عناية بالصحة ان يقسم مؤسسه العلم الى صليين اساسيين (علم الابدان وعلم الاديان) وان يقول (صنفان لا غنى للناس عنهما ، الاطباء لا بدانهم والعلماء لا ديانهم) .

وما لا شك فيه ان مثل هذه المزايا الخلابة التي تحلى بها نبينا لم تفت رجلاً رقيق الشعور كثير الملاحظة مثل ابي العلاء المعري وهو المعروف بحريته وتقده واستقلال فكره ، فقد انصفه انصافاً فنياً اجتماعياً روحياً لما قال عنه في اللزومات :

دعاكم الى خير الامور محمد	وليس العوالي في القنا كالموافل
حداكم على تعظيم من خلق الضحى	وشبه الدجى من طالعات وآفل
والزمكم ما ليس يعجز حمله	اخا الضعف من فرض له ونوافل
وحت على تطهير جسم وملبس	وعاقب في قذف النساء الغوافل
وحرم غمراً خلت الباب شربها	من الطيش الباب النعام الجوافل
يمجرون ثوب الملك جرأوانس	لدى البدو أو ذيل الفواني الروافل
فصلى عليه الله ماذر شارق	ومافت مسكاً ذكره في الجوافل

تحريم الخمر والمسكرات والميسر
نبحث في هذا البحث عن المحرمات المذكورة وأثر اجتنبها في الفرد والمجتمع
وصلة ذلك بالصحة والتعوير

الخمر والمسكرات وتحريمها والنهي عنها

إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل
الشیطان فاجتنبوه (آية كريمة)
(أول ما نهاني به بعد عبادة الأوثان عن شرب الخمر وملاحاة
الرجال) (حديث شريف)
كل مسكر خمر وكل مسكر حرام (حديث شريف)

الخمر هو ما خمر العقل وكل مسكر مهما كان نوعه تركها في الجاهلية
المعاص بن مرداس فقيل له لم تركت الشراب وهو يزيد في سماحتك فقال
أكره أن أصبح سيد قومي وأمسى سفيهم وقيل لأعرابي لم لا تشرب
النبيذ فقال لا أشرب ما يشرب عقلي وقال الحسن لو كان العقل يشتري
لنغالي الناس في ثمنه فالعجب ممن يشتري بماله ما يفسده وقال عليه السلام
الخمر داعية إلى كل شر وللأخرج الطائي

تركتم الخمر واستبدلت منه إذا داعي صلاة الصبح قاما
كتاب الله ليس له شريك وودعت الندامة والندامي
وقال الصندي :

دع الخمر فالراحات في ترك راحها وفي كأسها للمرء كسوة هاد
وكم ألبست هس الفتى بعد نورها مدارع قاد في مدار عقار

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٩ م . الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجر احية بد مشق

جلسة الثلاثاء فيه ايار سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ - العلم شوكة موفق الشطي : حادث تمزق السنوخ الرئوية وتسرب الهواء في النسيج الضام وانتشاره في جميع اقسام النسيج الخلوي تحت الجلد . هو حادث مريض مصاب بالتأمر (urémie) وانتفاخ الرئة اعترافاً ارتشاح هوائي في الناحيتين فوق الترقوتين ، وانتفع وجهه وامتد الانتفاخ الى جميع نسيجه الخلوي تحت الجلد وقضى نحيبه في خلال ساعتين . وقد ثقت الباحث الانظار الى ندرة هذا الاختلاط في الشيوخ والى افضائه السريع الى الموت .

الناقشة : العلماء بشير المعظمه ، ترابو ، شوكت موفق الشطي

٢ - العلم منير شوري : حصيات المثانة في الرضع .

هي مشاهدات لثلاثة ذكور وانثى واحدة اصابوا بحصيات المثانة عمرهم

ما بين ستة اشهر وستة استخرجت حصياتهم الاربعة التي تبدل مجعها من نواة الزيتون الى نواة الدراق بالطريق الخلي. وفي سوابق هؤلاء الرضع الاربعة اسهالات مكررة. وقد نسب المؤلف تكون هذه الحصيات الى عفونة الامعاء بالمصبات القولونية التي سبب الاسهالات فيهم على ما يرجح

الناقشة العلماء : سعيد السيوطي ، حسني سبوح ، شوكت الشطي ،
مرشد خاطر .

٣ - العلم شادل : حادثة جديدة من المفونة التناسلية الخطرة في عقب
البذر الصناعي .

هي حادثة امرأة دلّ رسمها الشعاعي بعد حقنها باللييودول ان تغيرها
غير مفتحين تمام الانفتاح فصنع لها البذر الصناعي واذا بها تصاب في اليوم
الرابع بحالة عفونة خطيرة تبعها تقيح التفيرن والتهاب صفاق الحوض وكان
في مني الزوج كثير من المكورات المنقودية .

الناقشة : العلم شادو :

٤ - العلم شادو : التهاب ما حول الاحشاء اللاصق وقولون متحرك
حادثة رجل مصاب بتشوه القولون الايمن كشفته الحقنة الظليلة والرسم
الشعاعي، فتح بطنه فاذا بالتمصاقات عديدة حول الاحشاء فقطعت هذه
الالتصاقات وثبت القولون وكانت النتيجة الوظيفية البدئية حسنة

الناقشة : العلمان مرشد خاطر ، شادو
م . خ .

حادث تمزق السنوخ الرئوية وتسرب

الهواء في النسيج الضام وانتشاره في جميع اقسام النسيج الحلوي تحت الجلد

للعلم شوكت موفق الشطي

دعيت في اليوم الثالث من شهر آذار لفحص المدعو . س . م البالغ من العمر ٧٥ عاماً . اعرف بعض سوابقه لاتي اعاني معالجته منذ سنوات فليس فيها زهري او انسمام كحولي ولكنه مصاب بداء برايت وقد اعترفته منذ بضع سنوات نوبة انسمام بالبوالة افقدته شعوره بضمة ايام ثم زالت عنه اثر اتباع المعالجة والحمية واخذت حالته تحسن تحسناً تدريجياً بعد ان اتبع في حياته النظام الصحي المرغوب في اتباعه في مثل هذه الحالات حتى ان ضغطه الذي كان مرتفعاً عاد قريباً من الحد الطبيعي . وكان يشكو المريض انتفاخاً رئوياً يستطاع حشره في زمرة الانتفاخات الحرضية الشبخية وقد بدت فيه يوم دعيت الى معالجته زلة شديدة وانتفاخ في عنقه الايسر مالمث ان انتشر الى عنقه الايمن . تأملت في المريض فاسترعاني ازدياد الانتفاخ دقيقة فدقيقة ثم انتشاره الى الوجه وظهوره خاصة في جفن عينه اليسرى العلوي وزيادته زيادة تشبه زيادة انتفاخ جلد البطن الضامر اثر الاوسراع في حقه بمصل اصطناعي وتسربه في جفن العين اليمنى العلوي ثم انتشاره في الاجفان الاربعة وطمره العينين وحيلولة دون تمتع المصاب بالنور وذبحوه

بعد ذلك الى جميع اقسام النسيج الحلوي تحت الجلد حتى ان جس هذه الاقسام كان يولد حساً خاصاً يشبه الاحتساس الناتج من ضغط الاصابع لتاحية اصابتها غفريته غازية او الاحتساس الناتج من الضغط على كوم من ثلج هش .

جسست النبض فبدالي مسرعاً قست الضغط فكان حده الاقصى ثلاثين في جهاز فاكر قرعت الصدر فكان كثير الوضوح . ولدى الاصغاء اليه سمعت خراخر فرقية كبيرة الفقااعات منتشرة في جميع اقسام الصدر اصغيت الى القلب فشعرت باسراعه وكان صوت نبضاته اكثر بعداً عن الاذن مما في الانتفاخات الرئوية بسبب طبقة الهواء المستقرة تحت الجلد والاختدة بالازدياد في كل نفس . فكرت في طريقة المعالجة فارتأيت استدعاء زميل آخر للتشاور معه في تزيغ جسم المريض وفصده مع قناعتي بان هذا العمل سوف لا يكون مجدياً بسبب سوء حالة العليل وقد حضر الاستاذ مرشد بك فشرعت بفصد المريض من يده اليمنى فيما كنت اسرد للزميل الفاضل حالة المصاب وادعوه الى رؤية الاعراض واستشيريه في امر تزيغ الجسم فاستقر الرأي على انه لا فائدة ترجى من ذلك بسبب شدة وطأة الاختلاط لذلك قررنا الاكتفاء بالقصد . غير ان الدم الذي كان ينصب بغزارة من وريد اليد اليمنى قد انقطع بسبب زنيغ الأبرة عن الوريد وقد حاولت مع الزميل الكريم البحث عن وريد آخر لاتمام القصد سواء في يده اليمنى ام اليسرى دون ان نجد الى ذلك سيلاً لان الهواء الذي انتشر تحت الجلد عاد وافرأ فاخفى الاوردة وحال دون التوصل الى رؤيتها او تقدير مجراها على

الاقبل . فقتنما اذ ذاك بحية وسائل المعالجة والاسعاف ومالبت المريض ان فارق الحياة بعد مدة وجيزة .

بدأ الهواء يظهر تحت جلد العنق في الساعة التاسعة تقريباً وفارق المريض الحياة في الساعة العاشرة والنصف فيكون هذا الاختلاط قد قضى على المريض في مدة ساعة ونصف او ساعتين اذا افترضنا ان التمزق السنخي سبق ظهور الانتفاخ في العنق بمدة قصيرة

هذا وان كانت بعض الفحوص المخبرية ولا سيما فتح الجثة والفحص النسيجي تجعل لهذه المشاهدة قيمة فنية اكثر من ذلك ولكن ذلك كان متعذراً وغير ممكن فالحادث فجائي وكان المريض قبله متمماً بصحة جيدة وحالته الصحية مستقرة على النحو الذي يناله ومع ذلك فقد خيل اليانا ان هذه المشاهدة لا تخلو من فائدة للاسباب الآتية :

١ - ندرة هذا الاختلاط .

٢ - ظهوره في شيخ مع ان المعروف في الكتب المدرسية اصابة الاطفال به .

٣ - سرعة سيره فقد ذكر ان هذا الاختلاط يستمر سيره يومين او ثلاثة ايام مع ان سيره في مريضنا لم يزد عن ساعتين

حصىات المثانة في الرضع

للطيم انود شوى

كثيرة هي حصىات المثانة في سورية ولا سيما في بعض انحاءها كحوران وحماه والقرات وهي في الاطفال اكثر منها في الكهول والشيوخ ، غير ان الحصىات قليلة ان لم تقل نادرة في الرضيع لان الاسباب التي يعزى اليها تكون الحصاة سواءً بنية كانت ام عفنية لا يمرض لها هؤلاء الرضع ولما كان الحظ قد اسعدني اذ كنت جراحاً لمستشفى القرات فاستخرجت عدداً منها في رضع لا يتجاوز اكبرهم السنة وكانت احدهم انثى رأيت في سرد مشاهداتهم باختصار بعض الفائدة .

المشاهدة الاولى : الطفلة فوزية البرجيكلى عمرها عشرة اشهر من دير الزور دخلت شعبة الجراحة في الخامس من كانون الثاني سنة ١٩٣٧ لاصابتها بمصر بولٍ ويلة دموية . ليس في سوابقها المرضية سوى اسهال اخضر اعتراها في الاشهر الاولى من حياتها وكان يعاودها من حين لآخر وقد شكت منذ ستة اشهر اي في الشهر الرابع من حياتها اسراً حاداً فجائياً زال بالمناطس الحارة وعادها هذا الاسر مرات واعترتها منذ شهرين بيلة دموية . استقصيت مثانتها بالسبار فشمزت بحصاة فيها وقد استخرجتها بالطريق الحثلي في ١٢ كانون الثاني من سنة ١٩٣٧ .

المشاهدة الثانية : الرضيع نصار عبد الرزاق من دير الزور عمره سنة دخل المستشفى مصاباً بأسر حاد وقلغمون بولي منتشر خزعت مثانته بالطريق الحثلي

وجفرت وشق فلفمونه وبعد زوال الاعراض الالتهابية ظهرت حصاة في الاحليل الخلفي استخرجت بخزع الاحليل وقد ذكر لي اهله انه اصيب وهو في الشهر الرابع من عمره باسهال اخضر شديد عاوده عدة مرات وشكا قبل دخوله المستشفى بثلاثة اشهر اعراض عسر البول ولم يعصب بييلة دموية .

المشاهدة الثالثة : الطفل محمد العبد من دير الزور عمره سنة اصيب بأثر حاد من جراء وقوف حصاة في الاحليل الخلفي فاستخرجت جراحياً بخزع الاحليل في الرابع من ايلول من السنة ١٩٣٦ وفي سوابق هذا الطفل ايضاً اسهالات خضر .

المشاهدة الرابعة : الطفل عبد القهار المحمد عمره ستة اشهر اتي المستشفى لعسر بول وقد شعرت بحصاة في مثانته بالاستقصاء بالمسبار فاستخرجتها في ٢٦ كانون الاول سنة ١٩٣٧ بطريق ما فوق العانة. وفي سوابق هذا الطفل ايضاً اسهالات خضر .

انني اعتذر اليكم لتقص الذي تلاحظونه في هذه المشاهدات ولكنكم متى عرفت انني في بلد من هذا القطر السوري لا تتوفر فيه التحريات الحديثة عذرتكم : فان الاشعة المجهولة بمجهولة في دير الزور ولهذا كنت اعتمد في تشخيصي السريري على الاستقصاء فقط . وانني لمثبط بان الاستقصاء وحده قد اوصلني على الرغم من صعوبة اجرائه في رضع كهؤلاء الى التشخيص الثابت في المشاهدات الاربعة التي اوردتها . وقد كنت اود ان اطلع على حالة البول الجرثومية وان اكشف النقاب عن طهارة البول او تلوثه بالجراثيم وان اعين تلك الجراثيم فيه غير ان كل هذا لم يكن متيسراً لان

الخبر المتقنة في ذلك البلد غير موجودة لسوء الحظ . ولهذا كنت اكنفي بالنظر الى حالة البول بالعين المجردة الذي عرفت به ان بول هؤلاء الرضع الاربع كان عكراً الامر الدال على ان في المثانة عفونة قد تكون سابقة لتكون الحصاة او تالية لها والامر الذي يستلفت نظرنا في هذه المشاهدات هو الامراض (Pathogénie) فان الاسباب التي يميزى اليها تكون الحصاة في الاطفال لم اجد لها أثراً في هؤلاء فقد عزاها البعض الى ضيق الصباح بعد عملية الحثان وهذا السبب لا اثر له في الذكور الثلاثة لان الرابع هي اثني وعزاها البعض الآخر الى وراثية المرض (arthritisme) وليس في صيلات هؤلاء الاطفال تراث حرضي كما تبين لي من التحريات التي قمت بها بهذا الصدد .

وجل ما في سوابق هؤلاء الرضع الاربعة اهم اصبوا جميعهم باسهالات وان هذه الاسهالات قد عاودتهم مرات افلا يحق لنا ان نجعل علاقة بين هذه الاسهالات وبين تكون الحصيات فيهم ؟ ان هذه العلاقة ممكنة بأمرين : الامر الاول هو ان الاسهالات تحدث الاجفاف (Deshydration) في البدن والاجفاف ينقص ماء البول فيسهل رسوب الملاح فيه . والامر الثاني وهو الارجيع على ما ارى ان الاسهالات دليل على عفونة الامعاء ونحن نعلم ما لعفونة الامعاء من العلاقة بعفونة مجاري البول وما لعفونة مجاري البول بتكون الحصاة . وهنا تطرحون عليّ سؤالاً لا يستطيع الاجابة عنه لنقص الخبر كما ذكرت وهو ما اذا كانت هذه الحصيات فوسفاتية او حمضية او بولية او مختلطة لنعلم بهذا ما اذا كانت ظاهرة او ملوثة . ومهما يكن فان

في هذه المشاهدات بعض الفائدة أ - لندرة الحصيات في الرضع حتى ان مؤلفات الامراض البولية . ماريون ، لوغو ، مازونه ، جانبرو ، لم تذكر منها ولا حادثة في ذكرها اغتالا لاحصاءات الحصيات في الرضع .

٢ - لان هذه الحصيات قد تكونت في رضع اربعة اصبوا باسهالات فلا بد من ان تكون بين الحصيات والاسهالات علاقة كما بين السبب والمسبب الناقشة : العلم سجد السوطي : ان الزميل الفاضل السيد منير شوري ذكر في مشاهدته المتعلقة بحصيات المثانة في الرضع ان السبب في تكون الحصيات يرجع الى الاسهالات العفوية التي تختاب الرضع وذلك بسبب تناقص الماء من الدم الامر الذي يساعد على رسوب الملاح وكذلك بسبب دخول الجراثيم واخصها العصيات القولونية لجهاز البول وحصول عنونة فيه فاجتماع هذين السببين هو المكون للحصيات في الرضع .

والاحظ على هذه النظرية بانني اخرجت حصاة لمولود ابن يومين في مستشفى حمص منذ اربع عشرة سنة فهذا المولود تكونت الحصاة في مثانته وهو في رحم والدته وساقها البول الى الاحليل الخلفي حيث اخرجتها منه بالعملية الجراحية مما يدل دلالة واضحة ان الاساس في تكون الحصيات هو المرض الارثي واكد لي ذلك وجود الحصيات في والد الوليد لهذا اعتقد ان البنية الخاصة في الوالدين التي ورثاها الوليد هي الاساس فالتهاب الامعاء وتناقص سوائل الجسم ووجود جراثيم في الامعاء لا يكفي لتكون الحصيات بصورة مستقلة بل هذه تعد من الاسباب الثانوية المسهلة لتكون الحصيات لاسيما وان الزميل لم يذكر اعراض العفونة البولية العامة ولا تحرى الجراثيم

في البول ليعلم ما اذا كان متفتناً وما اذا كانت قد دخلت الجراثيم مجاري البول ووسفت غشائها المخاطي وأهبت المكان لتكون الحصيات لذلك فالحصيات المتكونة المذكورة في المشاهدة ناتجة في الغالب عن الاستعداد الارثي الخاص المتقل للرضع من الوالدين

العلم شوكة الشطي : اعتقد ان اضطرابات الاغتذاء سواء بالافراط او التفريط تمد من جملة اسباب حصي الرضع فقد شاهدت ليلة كلسية اثر تجريح الاطفال محضرات طلية غنية بالقيتامين وقد زالت الليلة المذكورة اثر الاستغناء عن المحضرات المذكور لذلك صرت اعتقد الاعتقاد السابق .

العلم حسني سبح : ان الحصى البولية يختلف امراضها بحسب نوع كل منها . فالحصى الفوسفاتية كما في مشاهدة زميلنا الدكتور شوري ، تحدث بمقونة البول الآتية من الامعاء (التناذر المعوي السكوي) ولذا اؤيد رأي الزميل في تكوينها .

والحصى البولية اي المتكونة من حامض البول او البولات نتجم عن المرض ورأي زميلنا الدكتور السيوطي هو الصواب في هذا النوع .
واما الحصى الحماضية فلم تنفق الكلمة على منشئها ويميل الرأي الطبي في السنين الاخيرة الى مزوها لقمل الجراثيم المعوية ولا سيما الجرثوم دعوه العصبية المولدة للحماض (*Bacterium oxiliferum*) مع اضطراب Ph في البول وميله الى القلوية .

وهناك عامل آخر في توليد الحصى جميعها هو الحرمان من الحيويينات A الامر الذي يؤدي الى توسف في الاغذية المخاطية سواء في ذلك الطرق

الصفراوية أو البولية . ولا اشاطر رأي الزميل الاستاذ الشطي باسناد اليقة الكلسية الى فرط الحيونات D لان هذا الحيون ثبت الكالسيوم ويضبطه ولا اظنه يؤدي الى افراغه .

العلم شاو : انفجرون المثانة بعد استئصال الحصة ام تنفلقونها ؟

العلم مرشد خاطر : ان اختبارا كبير في هذا النوع من الجراحة والحصيات التي استخرجنا تمد بالمئات وقد استعملنا الطريقتين : الاغلاق التام البدني والتفجير غير اتنا وجدنا من الاغلاق محاذير كثيرة كانت تضطرنا الى التفجير بعد حين ولهذا عدنا اليه ونحن لم نلق منه اقل محذور حتى ان الوقت الذي يستغرقه الشفاء ليس طويلاً بل ان معدله عشرون يوماً في الغالب



حادثة جديدة من العفونة التناسلية الخطرة

في عقب البذر الاصطناعي

للعلم . ج . شارل

ترجمة الطيم محمد وحيد الصواف

لقد قلّ العلم محملي في السنة الفائتة الى جمعيتنا هذه حادثة عفونة تناسلية خطيرة طرأت في عقب بذر اصطناعي . وقد شاهدت بنفسي حادثة من هذا النوع رأيت ان اقلها اليكم مبنياً للاخطار التي قد تنشأ عن هذا التدخل البسيط اذا اجري في غير شروطه .

السيدة س . . . راجعتي في ١١ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ لآلام في الحبل انتابها قبل يومين وازدادت تدريجياً مع حُمى .

وهي امرأة في السابعة والثلاثين من عمرها تزوجت منذ ستة عشر عاماً ولم ترزق ولداً على الرغم من المعالجات المديدة التي لجأت اليها. وقد عمدت اخيراً الى استشارة اخصائي جديد في امراض النساء فصور تقريرها بعد حقنها باللييودول ثم اجري لها بعد بضعة ايام من ذلك بذرأ اصطناعياً فظهرت الآلام فيها بعد اربعة ايام من البذر . اما الرسوم الشعاعية التي ابرزتها والتقاير المرفقة بها فقد كانت تدل على انسداد صيوان النغير الايسر انسداداً تاماً وعلى انسداد النهاية الوحشية للنغير الأيمن انسداداً قسماً وعلى انحباس اللييودول في الصيوان حتى اربع وعشرين ساعة من بعد حقنه .

وقد دل الفحص السريري على التهاب ملحقات متقيح في الايمن : ولم نجد كتلة النهائية في الرتج الأيسر ولا في رتج دوغلاس بل وجدنا ان هذين الرتجين مؤلمان وتحريك الرحم غير مستطاع اما الحرارة فدرجتها ٣٨°
أرحننا المريضة اراحة تامة ووضعنا جليداً على بطنها وبدأنا بمعالجتها بالبرويدون وعلى الرغم من هذه المعالجة ازدادت الآلام في الايام التالية وصعدت الحرارة ودلنا المس على تجمع الكتلة النهائية في الملحقات اليمنى وعلى ظهور التهاب ملحقات متقيح في الايسر كما ان كتلة النهائية تكونت في رتج دوغلاس فصار الامر الى التهاب صفاق حوضي حقيقي .

ولم تنهبط الحرارة وتضخم الكتل النهائية الا بعد اعطاء المريضة زمرة ثانية من حقن البرويدون . وقد لزمنا فراشها شهرين اجري لها في خلالها فصولات مهبلي وسطامات لا تزال نجريها لها حتى اليوم . وقد ذهبت منذ ايام الى الضواحي بحالة عامة حسنة ولكن بدون ان تشفى شفاً تاماً .

وقد زرنا في هذه المدة مني زوجها ، الذي كان قد اصيب بحرقه البول فلم نجد فيه مكورات بنية بل مكورات عنقودية . وقد كانت الحيوانات المنوية الحية فيه قليلة جداً وخاصة قليلة الحركة .

هي اذاً حادثة جديدة من المغونة التناسلية الخطرة طرأت في عقب بندر اصطناعي . أقول ان هذه المغونة قسم من الاخطار المتعاقبة والمألوفة التي ترافق الطريقة ؟ اتني اعتقد المكس فان هذه المرقلة يجب ألا تحدث ابداً اذا اتخذت الاحتياطات اللازمة لهذه الطريقة .

فلا يجب اجراء البذر الصناعي في امرأة رحما متفتنة ، ويجب ان تأكد

ان ليس في مني المعطي جرائم واذا اتبعنا في البذر الطهارة التامة لانصادف اذن عارض عفي .

يجمع المني اما بالاستمناء في علة يتري معقمة او بالجماع على ان يكسى القضيب بحفظة معقمة من المطاط . وبعد تجنبس المني اما بوضعه دقائق في حمام بالدرجة ٣٧ او بتركه ساعات في الهواء الطلق تقطر منه بضع قطرات في جوف الرحم بواسطة قنطرة براون المعقمة الجافة وذلك بعد ان نكون قد غسلنا عنق الرحم وقاع المهبل بالماء المغلي .

فاذا اخذنا هذه الاحتياطات الضرورية جميعها لا نعرض لاثني اثنان واذا اتبعنا من جهة اخرى استطببات الطريقة يكون قسطنا من النجاح اكبر بكثير . وفي الحقيقة يستعملون اليوم البذر الصناعي على غير نظام بعد اليأس من النجاح وبعد تجريب جميع الطرق الدوائية الاخرى واخفاقها . وكثيراً ما تطلب النساء المعجمات بعد ان عولجن بدون جدوى سنين طويلة الى طبيهن ان يطبق لهن هذه الطريقة الاخيرة . فيجب الا يذعن لهن والا يجرى البذر الصناعي الا باستطباب صريح . وهذه الاستطببات نادرة فهي من جهة الاثنى :

١ - وهن العجان مع رجوع المني الآتي .

٢ - الموائق المهبيلة (تشنج المهبل) او الرحمية (انمطاف امامي او خلفي ترفض المرأة فيها التدخل الجراحي)

٣ - الحالات التي تضر فيها مفرزات المهبل والعنق بحياة الحيوانات المنوية واما من جهة الذكر فالاستطببات هي :

١ - تعذر الجماع (ورم عظيم في العنق يعني القضيبي ، انتشار غير كاف) .

٢ - اختلالات الدفق (الدفق قبل الايلاج ، والاحليل السفلي) .
وهذه الحالات نادرة جداً حتى ان ساي لم يجد في ٢٥٠٠ من الأزواج المقم سوى ست عشرة حادثة فقط يصح فيها اجراء البذر الصناعي . ولم اصادف كما اني لم أجري شخصياً اي عمل من هذا النوع .
واخيراً ، وهذا احتياط اساسي ، يجب ان يكون النفيران مفتوحين ومني الزوج صحيحاً ويجب من جهة اخرى ان يجري البذر في الايام التي تسبق الاباضة .

وهكذا نحصل على نجاح باهر (٥٠ ٪ / تقريباً في احصاء ساي) واذا وثقنا ان مني الزوج لا يحوي جراثيم واذا اتبعنا النظافة فانت لا تصادف ادنى طارئة .



التهاب ما حول الحشا اللاصق وكولون متحرك

لعلم شاو — طبيب المستشفيات العسكرية

ترجها العليم عزة مرين

بعد ما جال خلال شهرين في شعب الطب والامراض الجلدية ، جاء هذا المريض التونسي . اخيراً شعيتي وجعلت تحت المشاهدة وكان التشخيص (تناذر الحفرة الحرقية اليمنى المؤلم في رجل مصاب بالتهاب البربخ الايمن) اني استيحيكم في اغفال ذكر جميع الفحوص التي اجريت له ويكفي ان تملوا ان تصوير الحويضة النازل لم يكشف شيئاً ، وان متحولات القولون المعتادة شوهدت في برازه ، وانه كان يتغوط بانتظام تقريباً . بعد دخوله المستشفى بايام (٦ ايلول ١٩٣٨) لاحظت مرتين ، في هذا المريض الذي كان يشكو آلاماً منتشرة في الكتف اليمنى ، وجود تناذر (بوفره) النموذجي المتصف بانتفاخ مؤلم في الاعور يزول من نفسه تدريجياً مع خفيف واصوات اخرى موسيقية .

وقد كشفت حقنة الباريتم تحت الدريئة كولوناً ايمن متطاولاً لايجد مكانه بسهولة في الحاصرة اليمنى ، ويرسم في قسمه المتوسط عروة تامة بشكل حلقة مسطحة تحدها الخلفي منحجب بالزاوية الكبدية في الاعلى وبالاخواري الاسفل حيث كثير من الالتصاقات ومن الصعب تفريق قطع الامعاء المختلفة ؛ الزاوية الكبدية مؤلمة . شعبتاها لا تنفرقان . ومثل ذلك في حذاء العروة

الوسطى الخلفية ولكن بصورة أقل وضوحاً . وبعد اربعة ايام ، وبجمونة الدكتور شارل القيمة الذي اعد نفسي سعيداً بتقديم شكري له عليها ، بضمت المريض بعد التخدير العام بالايثر . فتح البطن بمقابل المستقيم (نموذج جالاجيه) بخط يمتد من الاضلاع الكاذبة لازلاً الى حذاء السرة تقريباً ، فبدا امام اعيننا كولون صاعد جداره متكشفة حر ، محققة ، متكومة على نفسها غير ملتصمة ولكن الالتصاقات العديدة قد زوتها ، والزاوية الطحالية التي كانت شعبتها ملتصقتين ومنجذبتين الى الانسي ملتصقة بلجم صفاقية بالمرارة والترب الصغير وانحاء المعدة الكبير ، والقولون نفسه منجذب بلجام نحو الصفاق الجداري الجانبي ، وقدا المروة الخلفية مثبتان بعدة حجب صفاقية ، الاحور لم يسلم من الحادثة فهو مثبت بلجام مع الصفاق الجداري الخلفي ، ومنجذب الى الاسفل والانسي نحو الحوض بالتصاقات تمر فوق الزائدة .

قطعت بحسب الزوم جميع الارتباطات التي تسمح تدريجياً بتحرير القولون وبسط ثنياته ، ثم قطعت الزائدة ، ثبت الاحور بالصفاق الجداري للحفرة الحرقمية الباطنة ، في وحشي الاوعية الحرقمية بالضبط ، وثبت الزاوية اليمنى في اعلى ارتفاع ممكن وفي اقصى الوداء الممكن بالصفاق الجداري الخلفي ثم ثبت القولون المرفوع الى الاعلى والانسي عرضاً بالصفاق الجداري لشفة الشق الباطنة بعيداً عن الخط المتوسط ، واغلقت الجدار ثلاث طبقات ووضعت احفوضاً صغيراً في غمد المضلة المستقيمة .

تفرقت العملية بالتهاب قصبات شديد في الطرفين مع قشاعات وافرة واحتقان جنبي رئوي في القاعدة اليسرى ولكن المريض شفي بسهولة

والتحق بفرقتة في ١٦ تشرين الثاني بندية متينة ووظيفة حسنة في
الانبوب الهضمي .

اجريت له حقنة باريت جديدة فكتشفت ممرأ طبيعياً ، و انبساطاً في
ثنيات القولون الايمن الذي لم يمد مؤلماً لدى الجس على طول امتداده .
وقد انهى المريض مدة استخدامه في غرة كانون الاول وسافر الى وطنه ولم
اعد اعرف عنه شيئاً ، لقد كان مسروراً من النتيجة عند سفره وهذا كل
ما استطيع قوله لكم .

والخلاصة ان المريض كان مصاباً بشيئين : كولون متحرك بمض اجزائه
والتهاب ما حول القولون . ان العيب التشريحي والتبدلات الشكلية في القولون
الايمن تعزى اكبر اسبابها الى عدم انتظام نموه الجنيني ولاسيما التصاق جواع
الرباط القولوني الماساريقي الايمن بالصفاق الجداري .

ان القولونات العنى المتحركة او الثابتة ، الطويلة او القصيرة ، المتلوية
او المستقيمة تتعلق كلها بالتشكلات التامة او غير التامة او النعمدة لوريقة
الصفاق (بيتر) ، اما انعدام الثبوت فأمر نادر واما الثبوت التام فنادر ايضاً
ولكن الالتصاق القسمي يصادف في ٨٠٪ من الحوادث سواء في عرض
ساحة الالتصاق او في طولها ، ويستطاع تمييز اشكال كثيرة بحسب ما يكون
كل القولون او جزء منه ، وكل الرباط المعلق له او جزء منه ايضاً ملتصقاً
أم لا .

اما في حادثتنا فان الرباط المعلق لم يكن ملتصقاً بمحده الزاوية الكبدية ،
وكان القولون نفسه حراً في ثلثيه العلويين . وشكله شبيه بالنفاخ الموسقي

مع التواءات سهمية كأنه أنبوب منبسط ومطوي في قسمه العلوي ، شعبتا الزاوية الكبدية كأننا متساندتين كفوهتي البندقية وملجومتين بصفيحة مثبتة ، وكانت صفيحة (بوي) المنغرسية على القولون ترسم صورة نموذجية من التهاب ما حول القولون الغشائي يضاف اليه التصاقات مرضية حدثتكم عنها في حينه .

ان التهاب ما حول القولون ليس إلا شكلاً من التهابات محيط الحشا التي كان مكتشفها الاول (فيرشوف) ، فهذا المؤلف اكتشف الالتصاقات على جثة مريض شكا زمناً طويلاً من آلام بطنية .

ان اصطلاح (التهاب ما حول الحشا) قد وضعه (هوشار ودوكي) اللذان اكتشفا الالتصاقات حول عدة اعضاء . وهذا الاصطلاح يصح بحسب تعريف الاستاذ (كارنو) على التشكلات غير الطبيعية التي تبدو حول عدة احشاء فتبدل الشكل والوظيفة وهي امراض موضوعة في فاحية ويميز منها :
 — التهاب ما حول المعدة الذي درسه (فون هاكر عام ١٨٨٤) و(بوفره عام ١٨٩٣) .

— التهابات ما حول الاثنا عشري التي لفتت انظار الاميركان قبل سواهم ولكن في تاريخها شيئاً كثيراً يعود الى المؤلفين الفرنسيين امثال : (بوكوا ، دوفال ، بالير ، رو ، كارنو) .

— التهابات ما حول المرارة المروقة من عهد (تريبس وپافيو) .

— التهابات ما حول الكبد .

— التهابات ما حول الامعاء التي ذكرها (كاستان) واخيراً

- التهابات ما حول القولون التي درسها (والتر ، وديكوم) والتي رزها (لاردنبوا) في مؤتمر الجراحة السادس والثلاثين .

وقد تكون التهابات الثروب المزمنة التي شملت بال (فليهوف) فقدم عنها تقريراً الى المؤتمر الجراحي السادس والثلاثين ، التهابات الصفاق الحافظة . ناجمة عن الآلية نفسها - ويقتضي ادخالها في عداد التهابات محيط الحشا التي يميز منها صنفان : التهابات محيط الحشا التالية ذات المنشأ العفني ، و التهابات الحشا البديئية .

ان التهابات ما حول الحشا المشاهدة كثيرة الحدوث وتعود اسبابها الى عفونة في جهاز الهضم موضعية او بعيدة ، وكلنا نعلم الدور الذي يلعبه التهاب ما حول المرارة المزمن في احداث التهاب ما حول القولون ولا سيما التهاب الزائدة الى جانب مختلف التهابات القولون ذات الطبيعة المختلفة ، ويمد بينها في الدرجة الاولى التهاب القولون المصاحب للركود . وفي بعض الحوادث لا يستطاع كشف نقطة حسوية . بل ان اصابة ما حول الاحشاء تبدو كأنها بديئية ويظهر ان للتدور أهمية كبرى ، الامر الذي لا يقول به المدرسيون ، ويجب البحث عن الافرنجي في كل حال ، والبعض عزا الامر الى الوافدة والبرداء وتلتم الدم والرئية المفصلة الحادة والقطور . وكثيراً ما لا يمكن كشف اي سبب وهذا ما يشاهد في التهاب ما حول الاثنى عشري الاساسي الذي بحث فيه (دوفال ورو) .

وقد شاء البعض ان يقصي عن بحث التهابات ما حول الحشا ، بعض التشكلات النشائية وبعض العجم التي لم يظهر القمض النسيجي فيها اي علامة

من علامات الالتهاب ، ولتكن ولادية كما شاء (لوفوف) او آية كما فكر (لان) ولكنها لا تصبح التهابات ما حول الحشا الا متى تعرقلت بتمعنٍ عالٍ وليس من البعيد ان يؤدي سوء تشكّل خلقي بنقص التصاق الرباط المعلق الى اضطراب في وظيفة الاحشاء والى التهاب ما حول الحشا اللاصق في الجوار وهذا ما صودف كثيراً وما تذكرنا به مشاهدة مريضنا .

ان الالتهاب كان ينتخب مقراً له بمحذاء القولون الصاعد ، واما المرادة والمعدة والزائدة فكانت سالمة فليس الامر التهاب ما حول الحشا التالي :

ان تفاعلات الافرنجي المصلية كانت سليمة ، وبرغم الاختلاط الرئوي الشديد الذي بدا في المريض ، لم تظهر فيه اقل عرقلة درنية ، واطن اننا نستطيع حذف اي مرض عام في احداث هذه الآفة ، فسوء التشكل هو وحده كما يبدو لي جدير بالتهمة ، لان الآفات كانت محدودة فيه وقد لوحظ ان المط والشد التاجين عن حركة الامعاء قد خلقا لجأً تصلية اخذت في تثبيت القطع المتحركة ، فنجم عن ذلك ركود غائطي ، واستولت الجراثيم تدريجياً على جدران الامعاء وعلى الرباط المعلق ، وحدثت عن ذلك الدائرة المفرغة : الركود يؤدي الى الانتان والانتان يوجد التصاقات جديدة ، والتهاب ما حول القولون يزيد في الركود .

ان المعالجة الشافية في التهابات ما حول الحشا لا تزال في نظر الاطباء معالجة داخلية وحكّمية ، والعمليات التصنيعية : تفريق الالتصاقات . تثبتت الاحود ، طي القولون ، خياطة القولون التي كان يعلق عليها كثير من الأمل تعتبر اليوم عمليات مخيبة للأمال ، ولستنا ندرى في حادثتنا ما هي النتائج

البعيدة ولكنني أؤكد في كل حال ان المعالجة الجراحية كانت اجدر من سواها في اعطاء النتائج الحسنة اذا قرنت بمدها بعناية طبية وحكيمة منمأ لحدوث الالتصاقات جديدة .

وهذه المعالجة تفرض حينما تؤدي الحال الى انسداد الامعاء القسمي ، وهذا ما حدا بنا الى التوسط في مريضنا ، ولست اعتقد ان سردياً يستطيع ان يحكم بغير ذلك .

الناقصة : العليم مرشد خاطر : ليست المعالجة بثبيت القولون الا ملطقة (paliatif) وكان الاخرى على ما ارى اما قطع القولون اذا لم تحمل الالتصاقات دون هذه العملية او اشراك التثبيت بمفاخرة اللغائفي بالسرين الحرقني لان الموارد ستعود الى الظهور وانه لمن المفيد ان تعرف حالة هذا المريض المقبلة .

العليم شابو : ان المريض من تونس وقد سافر الى بلاده وليس من المستطاع اتباع حالته اما التثبيت فلست اظنه معالجة ملطقة فقط بل قد تكون فائده ثابتة فضلاً عن ان قطع القولون لم يكن مستطاعاً الالتصاقات الشديدة .



غازات القتال

للطبيب البيوتننت كولونيل برجس رئيس اطباء المستشفى العسكري بدمشق

محاضران القتال في مدرج

الجامعة السورية في ٨ و ٩

ايار السنة ١٩٣٩

ترجمة الدكتور ميشل خوري

حرمت الاتفاقات الدولية المعقودة في لاهاي في السنتين ١٨٩٩ و ١٩٠٧ استعمال الغازات السامة في الحروب. غير ان الالمان عبثوا بهذه الاتفاقات ، فاستعملوا غاز الكلور سلاحاً قاتلوا به للمرة الاولى جيوش الحلفاء في ٢٢ نيسان ١٩١٥ . وبما ان الحلفاء لم يكونوا على استعداد لدفع خطر هذا الغاز ، فقد بلغت الوفيات في صفوفهم ٣٥ ٪ . اي انهم خسروا من جراء هذه الغازة الاولى ٥٠٠٠ ميت و ١٥٠٠٠ مسموم . ثم ان معاهدة فرساي حرمت بدورها الحرب الكيميائية وكذلك الاتفاق الدولي المعقود في السنة ١٩٢٥ . غير ان هذا الاتفاق الاخير لم يطبق لعدم واقعة الكثيرات من الدول عليه .

وتصنع في ألمانيا غازات القتال جهازاً في مختلف فروع الصناعة الكيميائية تدل على ذلك الرخص الكثيرة التي تمنح لاستحضار الغازات ومشتقاته المستعملة لآبادة الطفيليات والحشرات الضارة ، وفي صناعة الافلام والمنسوجات الصناعية . كما ان غاز الايبيريت (ipérite) يستعمل فيها في صناعة

المطاط واما من الوجهة الحربية ، فان فكرة الحرب الكيميائية مقبولة في المانيا ، اذ ان هانزليان الالماني ذكر في كتابه الحرب الكيميائية المطبوع في ليزينغ ما يلي « ان هذه الحرب تهيء لأكثر الامم ثقافة بالمعنيين الفني والعلمي سلاحاً لا كالاسلحة ، فيكتسب احذق الشعوب استعمالاً له تفوقاً عالمياً يمكنه من بسط سيطرته على العالم كافة .

لذلك قضت الضرورة ، امام هذا الخطر ، على الشعوب التي لا تجهز الحرب الكيميائية ان تتقيها وتدفع اضرارها ، وكان من الواجب ان لا يكتفى بتجهيز الجيوش ضد الحرب الكيميائية ، بل ان يدرب ايضاً ويجهز السكان الآمنون وغير المحاربين كالنساء والاولاد والشيوخ ، لان هؤلاء كالمحاربين او اكثر يتعرضون لفتك هذا السلاح الكيميائي كما اثبتت الحرب الاسبانية الالهية وكما هي الحال في سائر الاسلحة ، يجب في غازات القتال حين مقاتلة العدو ان يحسن استعمال السلاح وان يستعمل منه ما كان على الاقل معادلاً لسلاح العدو في القوة والمضاء

تريف غازات القتال : هي اجسام كيميائية غازية سائلة او جامدة ، من شأنها اذا نشرت في الهواء ان تجعله غير صالح للتنفس او ضاراً . وينتج من ذلك ان غاز القتال يجب ان يكون بقدر الامكان غير ذي لون ولا رائحة ، غازياً في درجة الحرارة العادية . واذا كان سائلاً فيجب ان تكون درجتا غليانه وتجمده كثيرتي الانخفاض وان تكون درجة توتر بخاره كثيرة الارتفاع . ويجب ان يكون ثابتاً حين الاستعمال ، لا يتحلل بالماء والمعادن ، وان يكون صالحاً لوضعه في كل انواع القذائف . ووجب ان يكون حشوه في القذائف

سهلاً . وان لا يتحول حين الاتعجار واما من الوجه الفيزيية (الفيسيولوجية) فافتكها ما كان ساماً لكل اقسام الجسد ، لا تفقه القنع الواقية المعروفة .

طريقة الاستعمال : استعمل الالمان في اثناء الحرب الاخيرة غاز الكلور بشكل امواج . على ان هذه الطريقة لا تصلح الا في حرب الخنادق ، وتستلزم اعمالاً تحضيرية واسعة النطاق . وفضلاً عن ذلك فهي خاضعة لوجبة هبوب الريح وسرعتها وحالة الرطوبة في الهواء وللحرارة الخارجية وطبيعة الاراضي . ولذلك فان طريقة الهجوم هذه لم تستعمل كثيراً ففضلت عليها الاغارة بالقذائف الناقلة للجسم السام الى مسافة بعيدة او الاغارة بجرام ترسل مقداراً وافراً من الغاز الى مسافة قريبة . وكان لهذه المدافع شكل خاص تقذف بها قذائف محشوة بالسّم الى مسافات تختلف ما بين ثلاثة واربعة كيلومترات . وكان يجمع معاً من هذه المدافع عدد كبير وتطلق بالتوالي بواسطة قالبة (commutateur) كهربية .

واما القذائف السامة فكانت تحشى بالغاز او بالسائل السام ولم تكن تحتوي عدا السم الا على المتفجر الضروري لاحداث الاتعجار في القذيفة . وعلى اثر ذلك استعملت سوائيل منفطة (vésicants) كالايبريت وتلا هذه استعمال اجسام صلبة كاتواع الارسين (les arsines) في القذائف المادية . وكان القصد من هذه الطريقة الاغارة على الاعداء من مسافة بعيدة وفي نقاط معينة .

الغازات الجوية : لم تستعمل في اثناء الحرب الكبرى القذائف السامة في الغازات الجوية . على انه لا بد لنا ان نتوقع في حرب مقبلة استخدام السموم في مهاجمة

المدن الآمنة . كما انه لا بد من توقع استعمال الطائرات التي تكون الواحدة منها عبارة عن مستودع مملؤ بالسائل السام وتعلم ان الاميركيين بصورة خاصة اشاروا باستعمال طائرات المهاجمة التي تحمل سائل اللويسيت (Lewisite) الزعاف ، لآبادة المدن باجمها وذلك بان تفتح فوق المدينة المهاجمة مستودعات السائل السام الذي تحمله الطائرات . غير اننا نميل الى الظن بان توقع هذا المصير الخيف لا يخلو من المبالغة .

الغازات الرئيسية : درست في اثناء الحرب الكبرى طبائع مركبات كيميائية عديدة ولكن لم يستعمل منها الا العدد القليل . وظهر في نهاية الحرب ان ما استعمل منها لا يتعدى الاثني عشر مركباً ، منها خمسة فقط شديدة الفتك وهي الفوسيجان (phosgene) والديفوسيجان (di-phosgene) المسمى ايضاً بالسورباليت (surpalite) والكلوروينيكرين (chloropicrine) والايبريت وانواع الارسين .

التصنيف : ان التصنيف الفرزي ، أي التصنيف بحسب فعل الغاز في المضيوية ، مقبول اكثر من سواء ، وتقسم الغازات به الى كاوية وخارشة (irritants) وسامة عامة .

الغازات السكاوية (Les gaz caustiques) تحدث الغازات السكاوية فعلاً الضار حيث تدخل وتوجد آفات ثابتة في جميع النسيج التي تمسها وتقسم الى غازات خانقة ومنقطة

الغازات الخانقة (Les gaz suffocants) : هي غازات تسمُ الجلاليادوتيفعل بوجه خاص في الغشاء المخاطي التنفسي ومثالي هذه الغازات الكلور . وهو

كثير الاستعمال في الصناعة حيث يؤلف المادة الاولى في كلورود الكلس وفي انواع الكلورود المزيلة للون وفي الاصباغ الصناعية . وفي الكثير من المستحضرات الصيدلانية . فضلاً عن ذلك فانه يشترك في تركيب العدد الكبير من غازات القتال وخصها الغازات الحارقة . وكانت المانيا في السنة ١٩١٤ تنتج منه ٣٧ طناً في اليوم غير انها اصبحت تنتج منه في السنة ١٩١٨ ٦٣ طناً في اليوم . اما فرنسا فبعد السنة ١٩١٥ اي بعد الاغارة الالمانية الاولى بالكلور ، اصبح متوسط ما تنتجه يومياً ٥٠ طناً . ويستحضر بالتحليل الكهربائي بكلورود الصوديوم ، فهو اذن سهل وقليل النفقة ، يبيع بسهولة ، ومتى كان سائلاً لا يخرب المعادن فحفظه سهل ايضاً . غير ان الكلور عاد قليل الاستعمال في اواخر الحرب فقام مقامه اعظم مشتقاته شأناً وهو الفوسجيان Le phosgène : كانت هذه المادة شائعة الاستعمال في

المانيا لاستحضار الاصباغ وكانت اول غاز فرنسي وضع في القذائف واكثر الغازات استعمالاً من كلا الجانبين المتحاربين . ويستحضر باطلاق تيار من غاز الكلور على اوكسيد الكربون الناشئ من غاز الغازوجين بحضرة حالة (catalyseur) وصيغته (COCl_2) وهو سائل طيار يغلي في الدرجة $+8^\circ$ ويخاره اثقل من الهواء ثلاث مرات واسم من الكلور بعشرين مرة .

ويشتق منه الباليت (palite) وصيغته $\text{O}-\text{CH}_2\text{Cl}$ $\text{O}=\text{Cl}-\text{C}$

والسورباليت (surpalite) وصيغته $\text{O}-\text{C}(\text{Cl})_2$ $\text{O}=\text{Cl}-\text{C}$ ويسمى هذا

الاخير ايضاً الديفوسجيان (di-phosgène) .

الكلووريكرين (La chloropicrine) صيغته $(Cl^3 \equiv C - NO^2)$

يشتق أيضاً من الكلور . ويستحضر بفعل الكلور او كلورودر الكلور في الحامض البكري في بيئة قلوية . وقد استعمل بعد انتهاء الحرب كثيراً لآبادة الحشرات والجُرذَان .

الغازات الدفّعة (Les gaz vésicants) : مثال هذه الغازات الايبريت

(L'ypérite) . وقد اطلق عليه هذا الاسم لان الالمان استعملوه للمرة

الاولى في الايبريت في السنة ١٩١٧ . وعرفت هويته في فرنسا بعد ان

استعمله الالمان بثلاثة ايام وصيغته $\begin{matrix} CH^2-CH^2-Cl \\ S < \\ CH^2-CH^2-Cl \end{matrix}$. واستحضره

الالمان مستعينين بمواد تستعمل في تركيب النيلة . اما في فرنسا فاستطاع

الكيميائيون استحضاره بطريقة اسرع من الطريقة الالمانية بثلاثين مرة .

والايبريت سائل غير ذي لون يميع في الدرجة + ١٣ ، ويؤثر وهو غاز

او وهو سائل فينسب حروقاً . وهو يهاجم الطرق التنفسية والهضمية . ومن

اخص صفاته انه شديد الالتصاق بالمواضع التي يصيبها فيعود شديد الخطر .

على من يجاور الشخص المسموم ، لان الانسجام يحدث بعلامسة ثابته .

اللويسيت (Le lewisite) وجده الكيميائي لويس في اميركا في السنة

١٩١٨ . وهو خليط مركبات منفطة لم يتبع استعمالها لانقاذ الهدنة . وهذا

المنفط افلك من الايبريت ولذلك سماه الاميريكيون « بندي الموت » لانهم

زعموا ان بالاستطاعة نشره فوق التجمعات بطائرات المهاجمة المحتوية على

مستودعات خاصة للغاز .

الغازات الحارشة (Les gaz irritants) : مثالها الغازات المسيلة للدمع ،

(Les gaz lacrymogènes) يقصد من استعمالها اسالةدموع المحارب وحمله على العطاس والتي فيزغ قناعه ويترض لتأثير الغازات السامة او الكاوية وتستعمل عادة في قذائف محتوية على خليط من الغازات الحارشة والسامة ومثال هذه الغازات برومور البنزيل (bromure de benzyle) $C^6H^5-CH^2Br$ والغازات السامة العامة (Les toxiques généraux) تنفذ هذه الغازات

الرئتين وتقتل بسرعة وهي حامض السيانيديك (l'acide cyanhydrique) ومشتقاته. ويتألف الفسفانيت (La vincennite) الذي استعمل في فرنسا من ٥٠ ٪ من هذا الحامض ممزوجاً بتترا كلورور القصدير (tétrachlorure d'étain) والكلوروفورم غير ان اوكسيد الكربون هو السام العام الذي يُخشى اكثر من سائر السموم لخلوه من اللون والرائحة. ويكفي ان يكون مقداره في الهواء بنسبة ٣ - ١٠٠٠٠ ليحدث الانسجام. واما اذا كان المقدار بنسبة ٢ الى ٣ في الالف فانه يحدث تسمات خطيرة. وعليه فان اوكسيد الكربون سلاح مجهول مخيف تهددنا به الحرب المقبلة.

الغازات الجديدة الممكنة: تنجه كيمياء غازات القتال في الوقت الحاضر نحو المركبات العضوية المعدنية وعلى الاخص تلك التي تتألف من المعادن مع الكربونيل (les métaux-carbonyles) اي تلك التي يؤلف فيها المعدن مركباً معقداً يميل الى اطلاق اوكسيد الكربون بتأثير الحرارة. وما نمشاه بصورة خاصة هو ان الاجهزة المصفية الحالية يجتازها اوكسيد الكربون واما المركبات المعدنية مع اوكسيد الكربون فهي على الاخص مركبات اساسها الحديد. ومن هذه المركبات ما حوى حتى تسع ذرات من اوكسيد

الكربون لجوهر واحد من الحديد . وتستحضر الآن جميع هذه الاجسام في الصناعة الكيميائية، لان حديد ها يرسب بشكل دقائق متناهية في الصغر .

الغاز « ت » - « Gaz « T » : صيغته $\begin{array}{c} \text{CH}^{\oplus} \\ | \\ \text{O} < \\ | \\ \text{CH}^{\oplus} \end{array}$ يتحدثون كثيراً في هذه

الآونة عن اوكسيد الاتيلين المعروف بالغاز « ت » . وهو سائل يغلي في الدرجة $+12^{\circ}$ ويسبب قيئاً وخدرأً عاباً وموتاً سريعاً . وهو يستعمل في الصناعة ويفيد لقتل الحشرات وتدرس في الوقت الحاضر طريقة الوقاية منه بالقنم المصفية .

والجوهري ان لا تؤخذ على حين غرة باستنباط جسم جديد يستطيع اجتياز القنم الواقية الحالية . ومما يبعث على الاطمئنان في هذا الشأن ان غازات جديدة قد يصح استعمالها في حرب كيمياوية مقبلة ، نبذت لصعوبة استحضار كميات كبيرة منها وعلى الرغم من التحريات التي قام بها كيمياويو جميع البلدان في الحرب الاخيرة ، لم يكشف غاز جديد لم يستطع دفعه والوقاية منه . وذكر الاستاذ باترنو الكيماوي الايطالي ما يلي : « لا يجب ان نحشى او ان نأمل في تقدم الكيمياء من هذه الناحية نجاحاً يفوق ما نستطيع بلوغه في استحضار القذائف » . ومع ذلك فان تقدم فن الطيران يمكن من قذف المدن الآمنة بكميات كبيرة من الغاز القتال ولكن لا يجوز ان نجعل ايضاً ان ابادة مدينة برمتها تستدعي عبداً كبيراً من الطائرات تنقل فيها كميات وافرة من الغازات السامة .

كشف الغاز (Détection) : زبيد بذلك الدلالة على جميع الوسائل

التي يلجأ إليها لمعرفة طبيعة الغازات السامة . وذلك في الحقيقة لا غنى عنه
فستستخدم الوسائط الكيماوية والاحيائية لمعرفة اي نوع من غازات القتال
قذفه العدو . وقد استخدمت في الحرب الاخيرة كواشف (détecteurs)
حكيمية وكيماوية واحيائية ، واساس هذه ، تفاعل الغاز مع مواد تمكن
من تعيين نوعه اما بتغير اللون ، او بتوليد تيارات كهربية ضعيفة تتصل
بمجموعة اجراس فتعملها على التصويت ، او ان هذه التيارات تعطي اشارات بما
فيثبه الى وجودها . وفي الحقيقة فإن كشف الغاز تصعبه صعوبات جمة
ولا سيما حين يراد تعيينه بسرعة في ساحة القتال .

ولقد كان عدد الكواشف في الحرب الاخيرة كبيراً ، على ان
افضل الكواشف الحالية من الوجهة العملية هو الجهاز الذي استنبطته شركة
دريغر (Draeger) ويتألف من مضخة تدخل الهواء المررب في انبوب
ميطن بطبقة من جمد السليس المنشط (gel de silice activée) . ولهذا
المادة قدرة شديدة على الامتصاص ولكنها معتدلة من الوجهة الكيماوية .
وتعمل مشبعة بالكاشف الكيماوي فتلون بالوان شتى وفقاً للغاز الذي يمر
عليها . وقد اظهرت التجربة ان حاسة الشم خير كاشف للغازات ذات الرائحة
على انها لا تعجدي شيئاً لكشف غاز اوكسيد الكربون الخالي
من الرائحة . وكشف هذا الغاز سهل باستعمال الكاشف ل D LD . فاذا
وضع شيء منه على ورقة اعطى لوناً رمادياً حين ملامسته او كسيد الكربون
: الاجزة المصفية (appareils filtrants) : هي قمع شخصية تنقي الهواء المتقلل
بالغاز السام حين دخوله اليها وذلك بتعديل الغاز بمواد خاصة محفوظة فيها

وتستعمل في الوقت الحاضر قنec مصفية تستطيع تعديل جميع غازات القتال المعروفة ما عدا اوكسيد الكربون ، ففي الرئتين والعينين خلال بضع ساعات ويحمل الجهاز الواحد في كيس معلق بالعنق .

واما الاقسام الرئيسة التي يتألف منها الجهاز المصفي فهي القناع خاصة ويكون مثبتاً بأسفله الى قطعة معدنية فيها دسامان (soupapes) احدهما للشهيق والآخر للزفير وفي القنec المستعملة حالياً أداة تمنع التشاوة فيستطاع استعمالها بدون ان تحجب البصر قطرات بخار الماء التي تستقر على السطح الداخلي للنظارتين المصغرتين الى القناع وهكذا فان القناع خاصة والقطعة المعدنية والنظارتين تؤلف مجموعاً يسهل تثبيته على الوجه والجبين بربط مطاطة اولها يسير حول الرأس من الصدغ الى الصدغ والآخر في الاتجاه الجبهي القفوي والرباط الاخير يكون في الورا فيثبت جانباه بمحجن وحين وضع القناع يبعد الرباطان العلويان ويولج به الوجه بادخال الذقن اولاً . ثم ترفع حافة القناع العلوية باليد ين ويثبت الرباطان الاولان على الرأس واخيراً يثبت الرباط الخلفي . ولكي يوضع القناع وضماً صحيحاً يجب ان يكون تام الانطباق على محيط الوجه والجمجمة فلا يستطيع الهواء المتفل بالغاز السام بلوغ المسالك التنفسية الا بواسطة الثقبة الواقعة في الخرطوش .

الخرطوش (La cartouche) : يحتوي الخرطوش على المواد المخصصة

لتعديل الغاز السام في الهواء ، فهو القسم الفعال في القناع ويشد الى هذا الاخير بلواب ، او يوصل به اذا كان ثقيلاً بانبوب تخمين لين من المطاط ،

وفي هذه الحالة يحمل على الصدر في كيس معلق بالneck . ويكون موضوعاً على صفيحتين معدنيتين تسعان للهواء بالمرور في الثقب الواقعة فيه . ولا بد من التحقق من ان هذه القناع المصفاة صالحة للاستعمال ، فتفحص على الاقل مرة في السنة لتأكد مناعتها واحكامها . ويجب حفظها في اماكن جافة باردة لكي لا تفسد اقسامها المصنوعة من المطاط .

الاجهزة العازلة (appareils isolants) : تجعل هذه الاجهزة تنفس الشخص في عزلة تامة عن الوسط الخارجي . وتعمل على الاخص ضد غاز اوكسيد الكربون . واساس صنعها مبدأ التنفس في جو صناعي ينال عناصره من الاكسجين المحفوظ في خزان صغير . اما اوكسيد الكربون فتلقه مواد كيميائية اخرى اخصها الاوكسيليت (oxylithe) وافضل هذه الاجهزة جهاز دريجر (Dreager) وجهاز فنزي (Fenzy) الذي يوجد منه نموذجان كبير وصغير ، ومن المؤسف ان يكون الجهازان المقدمان ثقيلين ، عائقين ومدة وقائهما قصيرة . وهما غالبا الثمن ، غير انهما فعالان شديداً التأثير ضد غاز الكربون ضمن نطاق المدة القصيرة التي اما ان تكون ساعتين او اربع ساعات وفقاً لحجم خزان الاكسجين الموجود في الجهاز . ويبطل عمل الجهاز حين نقاد الاكسجين منه فيستطاع اذ ذاك ابدال الخزان القديم بأخر جديد .

اللبسة الخاصة : اما الوقاية من المواد المنفطة فتقوم باستعمال البسة خاصة يجب ان يجهز بها بوجه خاص اولئك الذين يقومون بأعمال الاسعافات في الجو المشتعل على الغاز المنفط . وتتألف من قمازين ورداء مصنوع

من قماش لا ينفذه الغاز ، وحدائين عاليين . ويتم ذلك ارتداء القناع
الأنف الذكر .

وقاية المجموع

أ. الغاية من وقاية المجموع هي جعل سكان المدن : النساء والاولاد
والشيوخ في مأمن من قذائف الطائرات سواء اكانت هذه القذائف متفجرة
قطر او متفجرة ومحشوة مواد سامة .

تنظم وقاية المجموع هذه في كل مدينة تنظيماً حسناً في زمن السلم حتى
اذا اعلنت الحرب استطيع استخدام هذه المنظمات منذ الايام الاولى .
ولا خلاف ان الرعب الذي يلقيه في القلوب قذف المدن الآمنة بقذائف
الطائرات شديد جداً فملي هذه المنظمات ان تخفف من هذا الرعب بتنظيمها
طرق الوقاية تنظيماً متقناً .

وتقسم الترتيبات التي يجب اتخاذها لوقاية سكان المدن فئتين : تفريق
السكان والملاجئ .

١ - تفريق السكان : ونعني به ان يترك المدن المهددة جميع من لا حاجة
اليهم في الدفاع عنها لان بقاءهم فيها يزعج ولا يفيد .

ويقسم توزيع السكان قسمين : التوزيع الجيد والتوزيع القريب
فترسل بعيداً عن المدن الاسر والاشخاص الذين تنوفر لهم وسائل النقل
ويمكنون من المعيشة في تلك الاماكن النائية وتتخذ هذه الاحتياطات

متى توترت الحالة السياسية واصبحت الحرب لا مناص منها .
 واما التوزيع القريب فيمنى به ارسال القسم الآخر من السكان الى
 القرى المجاورة، او متى سمحت الشروط الجغرافية كما في دمشق، توزيعهم في
 الجبال المجاورة حيث يجدون ملاجئ طبيعية . ويتخذ هذا الاحتياط ايضاً
 باسرع ما يمكن ، وقبل اعلان الانذار اذا تيسر الامر . ويتم هذا التوزيع
 القريب في كل يوم او يطول عدة ايام وفقاً لحالة السكان الاقتصادية . وينظم
 اتجاه هذا التوزيع القريب تنظيمياً حسناً لكل حي من احياء المدينة .
 ولا يخفى ان التجول في المدينة وما ينجم عنه من التشويش ممنوع ممنأً باتاً .
 فاذا اخذنا دمشق مثلاً قلنا ان سكان حي المهاجرين والصالحية تكون
 وجهتهم دمر او جبل قاسيون بيد ان سكان حي الميدان يتوزعون في السهول
 المجاورة لذلك الحي . وقد اتيت بهذين المثالين لبيان لكم ان اخلاء مركز
 المدينة والا ما كن المهدة فيها بالسريع العاجل أمر واجب ونمى بالا ما كن
 المهدة البيوت المجاورة لقيادة الجيش والمؤسسات العامة والادارات . ومتى
 كانت في المدن وسائل نقل عامة (قطر حديدية ، حافلات ، سيارات كبيرة)
 كما في المدن الكبيرة استخدمت هذه الوسائل جميعها لنقل السكان الذين
 لا يستطيعون الانتقال بوسائلهم الخاصة . وتنظيم وسائل النقل هذه في
 زمن السلم واجب : يحصى عددها وتبين اما كن اجتماعها وسفرها وعودتها
 وما تستوعبه من الاشخاص . ومتى جمعت هذه المعلومات جميعها استطع
 تنظيم مخطط للحركة .

٢ - الملاجئ : تحفر ملاجئ منذ زمن السلم للاشخاص الذين

لا يستطيعون التزوج ببدأً عن المدن ولا الذهاب الى القرى المجاورة اي لمن هم مضطرون الى البقاء في المدينة على الرغم من قذفها بالقذائف (السلطان العسكرية والمدينة . الادارات العامة والمصالح التي تتوقف عليها حياة المدينة كالاطفائية والبرق والهيدرو الخ . والمرضى الذين لا يستطيع نقلهم والاشخاص الذين لا يتمكنون من الابتعاد عن المدن لا يضطرونهم الى كسب قوتهم اليومي) .

فإذا كانت في المدن ملاجئ قد انشئت لغاية صناعية كالاتفاق والقطر الحديدية تحت الارض استخدمت جميعها بلا استثناء في كل حي . وفي المدن التي شيدت بيوتها بالحجارة وبنيت تحتها اقية متينة تعد هذه الاقية ملاجئ جاهزة غير ان هذه الملاجئ الجاهزة لا تفي عادة بحاجة السكان الا في المدن الكبرى فعلى السلطات ان تصنع في زمن السلم مخططاً للملاجئ عميقاً ١٠٠ متر الى ١٠٥ متر وهذا تابع لصلابة الارض وان تحفر هذه الخنادق في جوار المؤسسات التي يراد وقاية سكانها . ويجب اعداد الادوات اللازمة للحفر في زمن السلم ايضاً كالحجارف والمعاول والخ . حتى اذا اقتضت الحاجة بوشر العمل بسرعة متى خشي ضرب المدينة بالطائرات .

مراكز الاسعاف : تنشأ في كل حي من احياء المدينة وفي زمن السلم مراكز اسعاف غايتها ايواء ضحايا ضرب المدينة من جرحى ومسممين بالغازات . وتجهز مراكز الاسعاف هذه في الاقية او الملاجئ الطبيعية القريبة من الاماكن المهددة في المدينة اي في تلك الاماكن التي توجه اليها الطائرات غاراتها وحيث يقع العدد الكبير من الضحايا . وليسكن اتساع هذه المراكز

كافياً ليستطاع فرز المصابين منذ وصولهم اليها وارسال كل منهم الى المكان المخصص للاسعاف الذى تتطلبه حالته ويتألف كل مركز للاسعاف ، اذا كان متقناً ، من غرف عديدة يجمع في البعض منها المسمومون بالغازات المنفطة وفي الاخرى المسمومون بالغازات الحارقة . وتخصص في هذا المركز غرف للاولاد وغيرها للرجال واخرى للنساء وتجهز فيه ايضاً مشاًن (douches) لغسل المسممين بالغازات المنفطة بالسريع العاجل ويمد فيه جهاز خاص للاسعاف المختصين بالاكسيجين . ويتألف هذا الجهاز من خزان مملوء بالاكسيجين ومن اكياس من المطاط عملاً اكسيجيناً وينشقها المختنون . ويجهز هذا المركز ايضاً ببعض الادوات كالمباضع وانابيب المطاط لاجراء الفصادة ولوازم التضيد وحجاب دافئين وزيت مكوفر ومحاقن وابر ومقادير كبيرة من تحت كبريتيت الصوده واجهزة فيرموديل (Vermorel) لصنع الرذاذ تحت كبريتيت الصوده وكميات وافرة جداً من كلورور الكلس واجهزة اوكسيليت (oxylithe) وعدد كبير من الرحالات (brancards) واما الاشخاص في كل قاعة من قاعات الاسعاف فهم طيب وصيدلي وطبيب اسنان يساعد الطيب في صنع الحقن الجلدية وغسل الاغشية المخاطية بماء ملح نسبته ١٤ بالالف او بماء قلوي (ثاني فحمات الصوده) وممرضتان او ثلاث ممرضات وخدم لنقل المسفين على الرحالات .

ان مركزاً للاسعاف هذا شأنه باتساعه وعدد غرفه لا ييسر ايجاد مكان فسيح له ومنيع على قذائف الطائرات فتستحسن الاستعاضة عنه بعدد من المراكز في كل حي وتخصيص كل منها بغثة من المصابين واحد منها

للجرحى وآخر المختفين وآخر المفقودين .

رجال الاسعاف : يشترط في رجال الاسعاف ان يكونوا شجعاناً واقوياء ليستطيعوا حمل الجرحى والمسممين ونقلهم الى مراكز الاسعاف . وينتقى هؤلاء الاشخاص في زمن السلم من الشبان الذين قد أعفوا من الخدمة العسكرية لسبب ما . أو من اشخاص متقدمين في السن ولا يزالون اقوياء البدن . فيخصص القتيان منهم بنقل المرضى على الرحالات والمتقدمون بالسن منهم بالاسعافات الاولى وتتألف كل زمرة منهم من ممرض واربعة او ثمانية اشخاص لحمل الرحالات وتوفر لهم وسائل النقل (عربات صحية او عربات عادية تكون قد جهزت تجهيزاً موافقاً لنقل المرضى) فيستخدمونها في الانتقال بسرعة الى حيث الضحايا وينقلونهم بها الى مراكز الاسعاف . وتعين لكل فئة من رجال الاسعاف اما كن عملهم منذ زمن السلم ومراكز الاسعاف التابعون لها .

وتستخدم الاوانس والسيدات القتيات المتطوعات كممرضات في مراكز الاسعاف على ان يتلقن الدروس العائدة الى وظيفتهن في زمن السلم .

الانذار : تعين في كل مدينة قيادة عسكرية تقوم باعطاء علامة الانذار وتتلقى هي بدورها المعلومات من البعد تلفوئياً او باللاسلكي عن عدد الطائرات المنيعة واتجاهها وتستمد المعلومات من القرب باشارات بصرية او سمعية . وتوضع في بعض انحاء المدن الكبيرة صفارات كبيرة تنذر الشعب باقتراب طائرات العدو . واذا لم تكن صفارات تنذر الشعب بوسائل اخرى اجراس الكنائس وصفارات السيارات والابواق والمنادين . وبعد

ان تسمع اشارة الانذار يجب على من لم يكونوا قد غادروا المدينة ان يبقوا فيها . لان حركة الشعب في الشوارع والاسواق والطرق ترشد الطائرات فتلقي بقذائتها .

اطفاء الانوار: ان ضرب المدن ليلاً اكثر من ضربها نهاراً لان رؤية الطائرات ليلاً صعبة ومنعها عن القيام بعملها بوسائل الدفاع الجوي من طائرات المطاردة والمدافع المضادة للطائرات متمذر . فتمت اشارة الانذار تطفأ الانوار جميعها في خارج البيوت ودخلها لان نوراً واحداً يكفي لتسترشد الطائرات به وتعرف هدفها وقد دلّ الاختبار ان الطيارين حتى الذين اعتادوا ارتياد اماكن معينة لا يستطيعون الاهتداء ليلاً الى هدفهم اذا لم يسترشدوا باشارات النور المعدة لهدْيهم .

واذا تمذر اطفاء الانوار جميعها في داخل البيوت وجب اغلاق الثوفاذ او سترها بسجف كثيفة لا يخرقها النور او استبدال المصابيح الكهربائية البيض بمصابيح زرق او الاستضاعة مؤقتاً بمصابيح ضئيلة (مصابيح البترول او الشموع) والنتيجة انه لا يجوز ان يبدو نور في خارج البيوت لان اختبارات الدفاع قد دلت في كل مكان ان اطفاء الانوار جميعها امر واجب اما السيارات فتقف حيث هي وتطفىء انوارها .

درس الانسمات السرري بخاز القتال ومداواتها ^{مر} بنا ان غازات القتال تصنف بحسب فعلها الفيزي في المضوية، فتميز منها من هذه الوجهة الغازات السامة الكاوية، والسامة العامة، والسامة الخاصة .

السموم الكاوية : تهاجم هذه السموم كيمياوياً الخلية الحية ، وتقتلها

إذا كانت مدة تأثيرها كافية . . وتنقسم قسمين :

أ - السموم القليلة الذوبان في النسيج الحية ، والتي تفعل بسرعة في السطوح مؤثرة منها النسيج الخلوي .
وتعرف بالخاصة ومثالها الكلور والفوسجان .

ب - السموم الذوابة في نسيج العضوية ، والتي تؤثر ببطء مع الماء ، فتأثيرها اذن بطيء عميق . وبما انها تحدث في النسيج غاطسات ، فقد سميت بالمتغلطة ومثالها الايبريت .

السموم العامة : هذه السموم مضرّة ايضاً بكل الخلايا الحية ، ولكنها لا تكون منها اتحادات كيميائية . فتأثيرها اذن من قبل المخدرات ومثالها حامض السيانيدريك .

السموم الخاصة : تؤثر هذه السموم فقط في خلايا معينة ، وتهيج النهايات العصبية . أشهرها السموم المسيلة للدموع ومثالها برومور البنزيل .

السموم الخاصة : اذا دخلت الغازات الخاصة مجاري التنفس احدثت فيها آفات تنهي بالاختناق . وتكون في بدء الاستنشاق فترة تحدث فيها منكمسات دفاع تنفسية اخصها السعال . ويتوسع الأوعية الشعرية الرئوية فيحدث ذلك تجمعاً دموياً في الرئة . فاذا استمر التسمم ، حدثت في حذاء الأوعية الشعرية نتحة سائل وذمي واستقرت في الانساج ، والقصبيات الدقيقة ثم ملأت الرئة . وفي الوقت عينه يضيق القلب ، فاذا لم يدرك المسموم بالمداواة المواقفة قضى نحبه بالحرمان من الأكسجين اي بالاختناق وباسترخاء القلب (asystolie) .

اشكال التسمم : من هذه الاشكال شكل صاعق يحدث للمسمومين الذين يغمروهم فجأة جو كثيف من الغاز الحائق . اما الموت فيحدث بوقوف التنفس الفجائي مع غشي قلبي ، او تحدث وذمة رئوية حادة سريعة تخنق المسموم في بضعة ثوان . وهو لاه المسمومون كالترقي ، زرق ، ضيق النفس ويبصقون سائلاً مزبداً وردي اللون . غير ان هذا الشكل الصاعق نادر ، واكثر حدوثاً منه الاشكال الخطيرة التي تكون ذات ثلاثة اطوار هي طور التهيج وطور التحسن وطور الصولة

طور التهيج : وهو طور الدفاع التنفسي ، فيتأب المسموم السعال ويتقبض صدره ويحس بان ملابسه مشدودة عليه فيأخذ بحل قتيه واثوابه ويبرد ويهن . اما حركات التنفس فتعود الى ما كانت عليه تدريجياً فيدخل المسموم اذ ذاك في الطور التالي :

يشعر المريض في هذا الطور بانه احسن من ذي قبل ، ويتنظم تنفسه ويقل وهنه . على ان هذا الطور يستمر ٢٤ الى ٤٨ ساعة فهو اذن خادع يجب ان يحذر فيه المخطوق من العوارض الخطيرة التي قد تحمل به اذا تخيل في نفسه الشفاء . واذا كانت اصابة المسموم خطيرة فانه يدخل في طور الصولة فيعود الحصر والزلة الى سابق عهدهما . ويصبح التنفس مؤلماً .

ويسمع بالاصفاء خراخر دقيقة تحت القرعية دالة على وذمة الرئة وخراخر التهاب القصبات ، واذا كانت الوذمة شاملة منذ البدء يسكن التنفس فلا يسمع شيء . ويبصق المريض كميات كبيرة من سائل مصلي رغ مصبوغ بالدم واما من جهة الدوران فيشاهد ازرقاق اللون وتوسع الاودجة

وازدیاد حجم الكبد واسراع القلب وتشوش نظمه وهبوط التوتر الشرياني وتصاب الاجهزة الاخرى اصابة متفاوتة فيحدث قيء والتهاب كلية سمي ووهن فاذا اجريت للمريض مداواه مناسبة مستعجلة خفت وطأة الاعراض بالتدريج ، ولكن الخنوق يظل عرضة للاتانات الثانوية واعظمها شأناً ذات القصبات والرئة . ودور النقاغة طويل ، ويبقى الضعف مدة طويلة فاذا بذل المريض اقل جهد عاودته الزلة .

الداواة : تشتمل مداواه التسميات بالغازات الحاققة على ثلاث فئات من الوسائل ، تقابل الاطوار الثلاثة الخاصة بالتسمم . يجب قبل كل شيء تخليص المخنوق من فعل الغاز اما بالباسة القناع الواقي باسرع ما يمكن ، او بنقله سرعياً الى الهواء النقي . وينقل المسموم على رحالة (brancard) اية كانت درجة تسممه . ونتيجي المداواة بافضل النتائج في طور التحسن ، على انه لا يجوز انتظار هذا الطور الثاني لقصد المريض واستخراج نحو من ٥٠٠ سم^٣ من الدم واعطائه الاكسيجين بعد ذلك . وليدفاً المسموم منذ ابتداء التسمم لانه يكون مقررراً كما تقدم . ويمنع عنه الطعام ما عدا بضع ملاعق من القهوة او الشاي الخفف . ويبدأ باعطائه الطعام اعتباراً من اليوم الثالث ويجب ان يكون القصد باكرأ ووافراً ما امكن . وبما ان الدم لزج ، فانه لا يخرج بالمبزل فيجب اجراء القصد بالمبضع . ونجبر احياناً على كشف الوريد وبضمه طولاً لابقاء حافتي المرح مبتعدتين ، وجعل المريض يفتح ويطبق يده مرات متوالية . فاذا لم تبلغ كمية الدم ٥٠٠ سم^٣ يتم القصد بالحاجم الدموية على الصدر . واذا لم تجدي هذه الوسائل فلا بد من بضع

الشریان الکمبري . واما القصادات التالية فيجوز ان يكون مقدارها ٢٠٠ سم ٣ . وفضلاً عن ذلك يطلّى الخنوق الاكسيجين . فاذا لم يمكن الحصول على قناع ليجندر ونيكلو (Legendre et Nicloux) ، يجب ان يهأ له الاكسيجين في بالونات وخزانات مجهزة باداة خافضة للضغط . او ان يحمل على تنفس الاكسيجين بواسطة انبوب من المطاط موضوع في منخره بعد ان يدهن هذا بشيء من الزيت المغفل ويجب ان تستمر المداواة بالاكسيجين ما دامت شفتا السموم زرقاوين ، وتوقف حين تعودان حمراوين . ولكن يجب اعادتها اذا عادت الزرقة الى الشفتين . ويجب ان يقوى القلب بالكورامين (Coramine) . ويظهر المنخران بتقطير الزيت المغفل (gomenoleé) وينسل القم والخلق بمطهرات خفيفة . ويجب الامتناع عن الامور التالية :

لا يجوز اعطاء الديجتال (digitale)

لا يجوز اعطاء الادرنالين ولا المورفين

لا يجوز اتعاب المريض

لا يجوز اجراء التنفس الصناعي

لا يجوز اعطاء الغاز الكربوني للاكتفاء بالاكسيجين .

الغازات المتفطة : مثال هذه الغازات كما تقدم الايبريت .

الدرس السريري : يسبق ظهور الآفات زمن سكون مدته عادة ٢٤

ساعة . واما العوارض التي تحدث فهي التالية :

العوارض البينية : توتر المقلة ، تشنج الجفون مع حوية القرنية

(Chémosis) وخوف الضياء والتهاب المتحمة والتهاب القرنية (kératite) مع تقرحات القرنية او بدونها .

الموارض الجلدية : حمى مستقرة بوجه خاص على العنق والابطين والاربية والصنف ، حمى حافاتها مذبذبة مع وذمة تحتها وقعاات قد تصبح كبيرة الحجم ومحتوية على سائل ليوني ولا تترك هذه الفقاعات ندوباً اذا لم يصبا اثنان ثانوي . واما الذين يكون تسممهم خطيراً فقد تحدث فيهم في اليوم السادس اندفاعات غنية .

الموارض التنفسية : حمى المجاري التنفسية قد يصحبها التهاب الحنجرة ، او التهاب الرغامى والقصبات ، او التهاب القصبات القرصي او ذات القصبات والرئة او احتقان رئوي وقشاعات منسلخة عن غشاء القصبات

الموارض الهضمية : صموية بلع سببها تقرحات دائمة واقعة وراء الغدبة الخلفية (pilier postérieur) غشيان ، وفي باكر ، اسهال مدمى احياناً .

الموارض الكلوية : آحين في البول .

العلامات العامة : حمى تكون احياناً مرتفعة: نبض سريع ، وهن وخمول

الموارض الحسية : اضطراب وممض . نوب اختلاجية ، خذل (parésie)

في الطرفين السفليين . وتحدث هذه الموارض على الاخص في الحوادث الخطيرة

التدابير الوقائية : ان المواد القلوية والمؤكسدة والماء ، تتلف الايبريت اذا كانت حرارتها مرتفعة . ولهذه الفاية يعالج المنفوطون بغسل اجسامهم غسلاً وافراً ومديداً بللاء الحار والصابون ، وتنزع عنهم ثيابهم وتؤخذ منهم جميع

الاشياء التي يظن انها تلوث بالغاز فتعرض الملابس لقفل البخار المضغوط مدة نصف ساعة .

واما ما يكون في حوزتهم من التجهيزات الخاصة ، واحذيتهم وغير ذلك فتطهر بفخات الصوديوم او الافضل بكورور الكلس . وتجفف اليدين وتفركان بمسحوق كورور الكلس . وبعد ان يمر المنفوطون تحت المشنة (douche) يغطون ياضاً نظيفاً ويستطيعون اذ ذاك ارتداء ملابسهم الخاصة لدى خروجها من المحم ، اذا لم تسمح ظروف الحال باعطائهم ملابس جديدة ، ولا بد من غسل فم المنفوطين وحلقهم بمحلول ثاني فحات الصوديوم بمعدل ملعقة قهوة منه في ربع لتر من الماء .

التدابير الشافية : الوارض العينية : غسل العينين في كل ٤ ساعات متناوبة بمحلول ثاني فحات الصوديوم وفوق منافات البوتاس . واذا كان الألم شديداً تقطر في العينين ٣ او ٤ مرات يومياً قطرتان في كل مرة من محلول الكوكاين بنسبة ٢ - ١٠٠ . واذا اصاب المسموم بخوف الضياء وبدماع شديد تقطر مرة او مرتين في النهار قطرة أو قطرتان من كبريتات الاتروين المعتدل بنسبة ١ - ١٠٠ . أما اذا حدث تقيح فيقطر الكولا رغول مرتين في النهار بنسبة ١ - ١٠٠ اما وذمة الجفون فتعالج بالمكمدات الحارة المنموسة في محلول ثاني فحات الصوديوم بنسبة ٢٢ - ١٠٠ واتضد العينان بضاد مغلق .

الوارض الجلدية : بعد الغسل والتجفيف يوضع على الجلد الخليط التالي :

طلق ٤٠٠ غرام

ثاني غلات الكلس
ثاني غلات المنزينا
او كسيد التوتيا

من كل ٢٠٠ غم

او يدلك بمروخ زيتي كلسي او بالزيت المغنل او بمجمون مائي تركيه

طلق
ثاني غلات الكلس
ماء الكلس
فليسرين درجه ٣٠٥

كميات متعادل

تفقاً الفقامات وتطلى سطوحها ومحيطها بالزيت المغنل بنسبة ١٠ - ١٠٠
وتتطلى بضماد طاهر من القطن غير القواب (non hydrophile). وتوضع
على الاعضاء التناسلية مدة ساعة على الاكثر مكدمات مبللة بمصل نسبتها
١٠٠٠-٧ ويجب نبد الفاوازين والحامض البكري .

الوارض التنسية : يعزل المسمومون في اماكن خاصة ويشقون بخار
الماء ، ويقطر في انوفهم الزيت المغنل بنسبة ٢ - ٣ في المائة . ويقطر
الاختصاصي الجيت المغنل ايضاً في قصباتهم . ويسكن السعال بالكوديين
او الديونين ، وينفخ في الحنجرة حين الشيق عشرة ستيغرامات (مقدار
حبة الحمص) من المسحوق التالي :

كلور هيدرات الوردفين
سكر اللين
صمغ مسحوق
حامض البوريك

كميات متعادل

ويلف الصدر والعنق بلقافات ساخنة ولا توضع لصق مخردة . وإذا ظهرت اعراض النزلة ينبب مجرى التنفس . اما خزع الرغامى فغير مرغوب فيه (لامتلاء القصبات الغليظة والرغامى)

المواضع الهضمية : اذا حدث تفرح في بلمومي بمس بمحلول زرقة المتيلين المضاف اليه شيء من الكوكاين .

ويمطى ثاني فحمات الصوديوم بمعدل ملعقة قهوة منه في ربع لتر ماء كل ثلاث ساعات ، حمية لبنية في البدء تليها حمية لبنية نباتية .

المواضع الحمية العامة : يمطى ماء فيه ثاني فحمات الصوده بطريق اقم أو حقناً شرجية مرات متكررة . ويقطر في المستقيم من مصل ثاني فحمات الصوده بنسبة ١ : ١٠ في الالف ، حمية مائية .

السموم العامة : مثالها حامض السيانديك . يؤثر هذا الحامض تأثيراً ساماً يمنع فعل الحماز . فيحدث بتأثيره اختناق داخلي لانه يمنع الحلية من تثبيت الاكسيجين .

الاشكال السريرية : شكل سكتي نادر جداً يقع فيه المريض في حالة تقوس خلقي وينقلت بوله ويموت فجأة

وشكل بطيء يظهر فيه دور اضطراب فدور تقفع فدور سبات الدواء : يجعل المسموم في الهواء الطلق ويصب الماء البارد على تفرته . ولينقل مستلقياً على ظهره لتقليل الحاجة الى الاكسيجين ويحافظ على التنفس او يستعاد ، بالتنفس الاصطناعي او باستنشاق الاكسيجين ويحقن بالايثر والبنين ويمطى السكر والكحول . وقد اسفر عن شيء من النجاح استعمال

تحت كبريتيت الصوديوم بنسبة ٤ : ١٠٠

اوكسيد الكريون : القسم به فجائي. صداعٌ ودوار واختلاجات يعقبها غشي او سبات . واذا استعاد المسموم رشده تبدو عليه مظاهر الترنح وتظهر فيه تشوشات محبة وخذل. ويتلون الجلد بلون احمر واذا كان القسم طفيفاً تبدو مظاهر الترنح والوهن .

الداوة ينقل المسموم الى الهواء الليل وينفس تنفساً اصطناعياً ، وينشق الاكسيجين ويدلك قلبه ويعطى مقويات القلب ويدفأ. ولا تعطى مسكنات للصداع اي لا تعطى خافضات الحرارة ولا المسكنات .

مركبات الارسين (Les arsines) : بعضها منقط والبعض الآخر نهيج وتسبب آفات جلدية ومخاطية وتنفسية

الآفات الجلدية : يسبب الارسين حمى محدودة مع وذمة واضحة الجوانب كأنها درجات السلم . وتظهر فقاعات وتنقيح بسرعة تاركة ندوباً .

وتخرب الاغشية المخاطية في المكان المأوف وتصادف في العين قروح عميقة في القرنية فينشأ منها التهاب المقلة والعمى . وقد تتأذي الاعضاء جميعها القلب والرئتان . والكليتان والكبد . وانواع الارسين شديدة التهيج لنشاء الانف المخاطي . والانف خير كاشف لها لرائحتها الخاصة . وذراتها دقيقة جداً وشديدة الالتصاق .

الداوة : الغاية منها تحويل الزرنيخ الثلاثي القوي الى زرنيخ خماسي القوي بالتأكسد ، اما بواسطة فوق منافات البوتاس بحلوله الالني او بماء الاكسيجين في وسط قلوي . ويؤكد اليود الارسين بقوة بمحضرة الماء

التشخيص : ان النهج الذي نسلكه في معرفة نوع الغاز بينه ترتيب ظهور الاعراض للعلامات المينية ، والاقنية الخنجرية القصية ، والجلدية والرئوية . فتمت تفوقت الاعراض المينية يظن قبل كل شيء بالغازات المدمة ولتميز هذه نحاول ان نعرف تأثير الدماغ في الألم فاذا سكن سيلان الدموع الألم يرجع الكلورويكرين الذي يحدث ايضاً تقززاً وعلامات رئوية . واذا لم يتأثر الألم بالدماغ يرتاب بالباليت (palites) او الساتون البرومي (cétones bromées) ولا سيما اذا اذاب السعال المسموم ، وفي هذه الحالة يخشى من الاختناق ومن الوذمة الرئوية .

واذا تأخر ظهور الاعراض المينية ، ثم بدت هذه واخذت تزداد ، يظن بالتأثيرات الكامنة للايبريت فيفقد اذ ذاك عن الحمامات (érythèmes) والقعاقات (phlyctènes)

وحينما تكون الاعراض الاقنية الخنجرية القصية هي الغالبة ، او كانت مصاحبة لعلامات عينية ، يوجه التشخيص نحو الغازات المنقطة وتميز هذه بدروس القعاقات . فاذا كانت متأخرة وواضحة فهو الايبريت واما اذا كانت باكرة وشوشة او متقيحة فهو الارسين الكلوري والبرومي (arsines chlorées et bromées) .

واذا كان المرض الغالب الاختناق كانت امامنا ثلاث فرضيات بحسب علامات التهيج الحاطي والجلدي او غايها . فالاختناق البسيط الذي لا تصحبه آفات جلدية او عينية يكون بالكلور والفوسجان . واما اذا صحبت اعراض عينية الاختناق ولم تصحبه اعراض جلدية فيكون التسمم مسيئاً عن الساتون

البرومي او البانيت . واذا صحبت آفات عينية وجلدية الاختناق فهو الايبريت
واذا رافقت تبدلات جلدية وعينية الاختناق وانضعت ايضاً علامات التهيج
الانفي يظن بانواع الارسين الشديدة الاشباع .

ما يجب عمله للجرحى المسمومين :

- ١ - ضرورة سحب المسمومين واعتماد طريقة خاصة في المداواة الجراحية
ووجود اما كن خاصة للجرحى المسمومين
- ٢ - الاقتصار في الاستطبايات الجراحية على الحالات المتناهية الحرجة
في الدور الحرج الذي يكون ٢٤ ساعة للمنفوطين و ٤٨ ساعة للمختنقين وفي
اثناء الموارض الحادة .
- ٣ - صنع اقل ما استطاع عمله وبالتخديرين الموضعي والناحي . ويجوز
التخدير المستقيمي بالافرتين (avertine) في المختنقين .
- ٤ - استعمال طريقة التطهير ، وتحت الكلوريت في تحضير ساحة العملية
وتضميد المنفوطين .
- ٥ - منع نقل الدم والاسمصال (serotherapie) الوريدي في المختنقين
- ٦ - عزل الموضوعين وعدم تحريكهم وعدم من فئة المرضى الذين
لا يستطيع نقلهم .

الشباب والاشباب

١٠٠

للطيم شوكة موفق الشطي

تحرير الطهر

كانت العرب معجبة بالحجر وقد قال انس رضي الله عنه :
 حرمت الحجر ولم يكن لعرب يومئذ عيش اعجب منها وما حرم عليهم
 شيء اشد من الحجر ولذلك نزل فيها خمس آيات ويظهر من مجموعها ان القلع
 بتحريم الحجر والنهي عنها كان بعد تمهيد باللحم لها وفي هذا من الحكمة في التدرج
 بالتكليف ما لا يخفى . فاول ما نزل فيها بمكة قوله عز وجل : «ومن
 ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سكراً ورزقاً حسناً» ثم انزل الله عز
 وجل بالمدينة : «يسألونك عن الحجر والميسر قل فيها اثم كبير ومنافع للناس
 واثمها اكبر من نفعها» فتركها قوم للاثم الكبير وقالوا لا حاجة
 لنا في شربها ولا في شيء فيه اثم كبير وشربها قوم لقوله تعالى «منافع للناس»
 وقد حرّف احد الصحابة آية كريمة اثناء الصلاة فازل الله عز وجل :
 «يا ايها الذين آمنوا ، لا تقربوا الصلاة وانتم سكارى حتى تعلموا ما تقولون»
 فحرم السكر في اوقات الصلاة فقال عمر بن الخطاب رضي الله عنه : ان الله
 عز وجل تقارب في النهي عن شرب الحجر وما اراه الا سحرها . فلما نزلت
 هذه الآية تركها قوم ، وقالوا : لا خير في شيء يحول بيننا وبين الصلاة . وقال

قوم نشربها ونجلس في بيوتنا ، فكانوا يتركونها وقت الصلاة ويشربونها في غير حين الصلاة الى ان شربها رجل من المسلمين ، فجعل ينوح على قتل بدر ثم زلت آية التحريم وهي قوله عز وجل « انما يريد الشيطان ان يوقع بينكم المداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل انتم متبهون » وكان نزولها وتحريم الخمر في شهر ربيع الاول سنة اربع من الهجرة .

العلم (٥)

لا جرم ان العلم^(٥٥) من اعظم الاخطار التي تهدد نوع البشر خاصة ، ولا سيما القسم المدني منه ، لا بما يورثه مباشرة من الاضرار السامة فحسب بل بمواقفه الوحشية ايضاً ، اذ انه يهد السبيل لخطر لا يقل ضرراً عنه الا وهو السل ، ويوهن البدن ويجعله اقل مقاومة وجلداً في كثير من الامراض مطلقاً ، كما وان القول (الكحول) شديد الفتك في الجملة المصيبة اكثر من غيرها لذلك لا يستغرب ان يكون من اهم الاسباب الموجبة لكثير من

(٥) نقل هذا البحث عن الزميل الفاضل الاستاذ احمد حدي الحباط (فن الصحاح ٢

ص ٣٧٥) لأننا وجدنا بحثه اكمل ما قيل في هذا الموضوع

(٥٥) العلم ، اذى الخمر وهو صداع الخمر واذاها وبقية السكر وهو كذلك خبث النفس وضغطها والتشربة والبهش ، والحزن والحدة والانهك ورجل علان تنازع نفسه الى الشر وعمله وقع في ملامة . وما اصدق هذا كله على حالة من يدمس السكر وشرب الخمر وهو ما يسميه الافرنج (alcoholisme) وهو علان وهي على والجمع علاه وعلاهي

الامراض المصيبة ومن اعظم دواعي الجنون والشقاوة والاجرام ، لا في الشخص المسيء لنفسه وحده ، بل وفي اعقابه من بعده . فهو اذن علة الشقاء والعوز ، والبؤس والفلاكة وهو جرثومة الافلاس والمسكنة ، ما نزل بقوم الا اودى بهم مادة ومعنى اي بدنأ وروحاً او جسماً وعقلاً وهو الاضمحلال المحتم وممول الحراب الاعظم .

وما العلة الا نتيجة طبيعية لاستعمال الاثرية الفولية مطلقاً سواء ابغوها وحده ام بغيره من الارواح التي تضاف اليها ، كما في الابست واشباهه .
حقيقة الماء : اذا رجنا الى تأثير الفول في بدن من يتناوله نستخلص من ذلك ان تلك المادة السامة ، الخرسية ، توجد بحالتها الطبيعية في وريد الباب وفي الكبد وفي جميع شبكات العروق الرقاق اي في جميع نواحي البدن بما فيها الجملة العصبية المركزية ، اذ توجد في السائل الدماغي الشوكي وتبقى هناك طويلاً قبل ان يغير شيء من صفاتها مطلقاً او تحترق .
وعليه فهذه المادة الجائلة في جميع اقسام البدن تمس جميع اعضائه ، ولا يبعد ان يحصل من ذلك :

- ١ - تخريش الاقسام الاولى من جهاز الهضم ، تخريشاً يائياً .
 - ٢ - تيسيس النسج التي تمس لما فيها من خاصة القاب (جذب الماء اليها)
 - ٣ - احتقان العروق الرقاق وتيسيس اعضائها مطلقاً .
- وتكون نتيجة ذلك المحققة .

أ - اتمام تلك الخلايا النيلة (الاصلية) لهذا التخريش واستحالتها استحالة شعبية .

ب استيلاء العناصر البلعمة وانتشار التصلب اي احتلال النسيج الصلب
عمل العناصر النبية في الاعضاء ، ومعنى ذلك اضمحلال تلك الاعضاء والتقصير
 في وظائفها الهامة ، اما ما ينتج من ذلك فهو :
 ١- في جهاز الهضم :

أ التهاب المعدة الغرلي ، المختلف الشدة بين الالتهاب البسيط والالتهاب
 المتقرح ، مع توسع المعدة فيمن يدمن شرب الجملة واقتباسها فيمن يدمن
 شرب مياه الحياة او الاشربة المقطرة .

ب - نزلات الامعاء المزمنة مع امكان نقرح المفج او الممي الاثني عشري
 ج - آفات الجملة البابية وما ينتج من ذلك من كبة الكبد ولا سيما
 كبة (لاثنك) الضمورية والكبة الشعبية الضمورية وغير ذلك .
 د - تيس الطحال او تصلبه .

هـ - التهاب الخلب (الصفاق) المزمن ، حيث يكون مرتعاً للمصببات
 السلية خاصة وخلاصة ذلك اجمالاً سوء الهضم فسوء التغذية مطلقاً .
 ٢- في جهاز الدوران :

أ - تنوء القلب بالشحم ولا سيما في المدمنين شرب الجملة
 ب - احتقان العروق الرقاق وتينغ اعضائها .

٣- في جهاز افراغ البول :

يؤيد موريس نيكلو اطراح القول من الكلية وذلك بتجارب خاصة
 ٤- في الجملة الحوية :

اما هذه الجملة فهي للطاقتها واستعدادها الخاص اكثر الاعضاء اجمالاً

من هذه المادة السامة فيحدث استمهاها :

أ - في الدماغ احتقان السحايا والقشر احتقاناً يؤدي الى تصلب الدماغ والتهاب السحايا القولي واستحالة الشرايين الدماغية استحالة شحوية فتصبح سريعة العطب .

ب - اما النخاع فقيل الانفعال من ذلك .

ج - تلتبب الاعصاب المحيطة كلها سواء منها الحسية او الحركية .

ظواهر المله : - للمله ظواهر مختلفة وانواع شتى بحسب نوع الاثرية القولية المستعملة ، وبحسب الاستعداد الشخصي من وراثة وسن وعمل ، وبحسب انواع الانسمامات والاشخاص الاخرى التي ترافق ذلك في البدن واجلي هذه الظواهر هي :

١ - الملة الحاد : وما هذا المله الا السكر والحمار ، ويتجلى بنشوة ثائرة في شاربى الحجر ومكتشبة ، خطرة ، في شاربى مياه الحياة ، وشاغبة وصاغبة في شاربى الافسنت .

ودور الهذيان الارتعاشي لا يلبث ان يظهر في كثير من الضمورين ، بما فيه من عريضة ، ودعارة ، ودوار وققد الحس او غيبوبته ، ثم سبات ، وقد يمر ذلك الى الموت . وقد يكون هنالك اسباب مهية لهذا الهذيان الارتعاشي كالوراثة العلية وصغر السن والتعب والاعياء ، وبعض الانسمامات الاخرى

٢ - الملة الزمن : وهذا هو النوع الخطر المقصود غالباً ، عند اطلاق

هذا الاسم ولا يخفى ان كثيراً من العلامى لا يملون عند الشرب ، فيحدث فيهم هذا المله خفية ويجهلون انهم علاهى ، وانه لتختلف اعراض هذا المله

لأسباب كثيرة ، منها الوراثة والمهنة ومنها التصحيح اي تناول تلك الاشربة صباحاً (على الريق) او الشراب على جوع كشه ، وما اشد ضرر ذلك سواء في المعدة ام في الجملة البابية ، لانها تتلقاه صرفاً ، غير مزيج ولا مشوب ، ومنها كثرة كثافة تلك الاشربة وغناها بالنول ، كما في الاشربة المقطرة وفي السوائل الروحية ولا سيما اذا كانت كثيرة الزيوت العطرية ، ومنها عدم السلامة البدنية كوجود انسومات اخرى واحتجاج تزيد في وخامة تلك الاعراض ، كالسل الذي يزيد في سوء تأثير النول في الكبد والقلب (الصفاق) والداء الافرنجي الذي يزيد في وخامة العله في الدماغ .

ويعتبر الآن للعله ثلاثة انواع وهي :

أ — عله الحمر : وهو ما ينتج من استعمال الاشربة القولية المختمة فقط ، فشارب الحمر محمر (محمقن) الوجه مكشحه (متنفخ) مع مظهر السلامة او الصحة ، غير انه طيل الاحشاء سيء الهضم ، اذ كثيراً ما يكون مصاباً بالتهاب المعدة ، يشتهي الحزة وكثرة الريال ، مصاباً بكبدة الكبد (ضخامية او ضمورية) والخلاب (التهاب القلب او الصفاق) القولي وقد يشاهد في اولئك امراض عصبية مزعجة كالتمل والحذر والآلام وبطلان الحس والارتجاف والادق والاحلام المزعجة والتملل ، وكثيراً ما يظهر الهذيان الارتعاشي في اولئك ، عقب حادث مفاجيء او مرض بدني .

اما شاربو الجملة فيتولا هم السمن والانهضاج مع توسع المعدة واستحالة القلب الشعبية والتهاب المثانة .

ب — عله العرق : وهو ما يشاهد في شاربي الاشربة المقطرة ومياه

الحياة خاصة وتكون حياة اولئك حياة ضعف وكآبة ، تنتابهم الآفات المعصية اكثر من الآفات الهضمية الحشوية ، اي آفات الدماغ او الاعصاب المحيطية مع تشحم كثير من اعضاء البدن المختلفة .

ج - عله الافست (الابست) : ان هذا هو اشد انواع الملح خطراً وفكراً اذ يضاف فيه شر الانسجام بتلك المطور او الزيوت العطرية التي فيه الى شر الانسجام بالقول فتكون البلية مضاعفة . ومما يزيد في بليته ايضاً ، انه لا يستعمل الا مشبهاً اي قبل الطعام وعلى جوع ، واهم اعراض هذا الملح تشنجية ، كما في الملح الحاد او السكر . اي تظهر بشكل نوب صرعية ، يضاف الى ذلك ميل الى الاجرام والدعارة ، والجناية وقد يؤدي ذلك بصاحبه الى الجنون اخيراً .

وخلاصة ذلك ان اهم ما يمتاز به هذا الملح هو فرط الحس ، وزيادة التنبه ولا سيما في الافعال المنمكةسة ، والتهاب الاعصاب المحيطية ، مع سائر اعراض عله المرق لها .

عواقب الملح :

أ - في الشخص المدمن : ان لقول في المدمن نفسه عواقب خطيرة جداً وتكون إما آفة طلية واضحة ككبة الكبد والهديان الارتشاشي والتهاب الدماغ القولي ، وإما ضعف عام يؤدي بالشخص الى الانحطاط البدني والوهن ، ونقص في مقاومة البدن مطلقاً وتنتج ذلك الوخيمة كثيرة . منها : ان تقل مقاومة البدن للأمراض المختلفة ولا سيما الامراض السارية ، اذ من الامور المسلم بها كقاعدة في فن المداواة ان ذات الرثة تكون

اشد ما تكون خطراً في العلامى ، وكذا الموات الرثوي (غائتران) يكاد يكون خاصاً بهم . والجدي فيهم يكون ترقياً غالباً وهكذا يكون خطر كثير من الامراض اشد كالحجرة والحصى التيفية والهبيضة والرعن (ضربة الشمس) وما شابه .

ومن الامور التي تستأهل الذكر في هذا الشأن استعداد العلامى لقبول السل خاصة حتى صار يعد القول من الاسباب المهيئة له . ولهذا يقول الاستاذ لاندوزي قوله المشهور في ذلك وهو ان القول يهيىء الفراش للسل اي يمد السيل الى وصوله البدن . وهذا من الامور التي لا مشاحة فيها لما هنالك من الاحصاءات الكثيرة التي تؤيدها . ومن الثابت ايضاً ان السل يكثر في ادباب الحرف المتلفة بالقول اكثر من غيرهم . ومما يؤيد ذلك ان البلاد التي يصرف فيها القول بكثرة هي البلاد التي يفتك فيها السل اكثر ما يفتك والداء الافرنجي ، كالسل ، تكون آفاته المخربة اشد وخامة في العلامى اكثر من المتنفين ولا سيما تلك الآفات المصيبة التي تؤدي الى اخطر المواقب . اما ذلك الاستعداد الخاص فهو العله ، لانه كما يقول الاستاذ فوريه ، من اهم العوامل في خطورة الداء الافرنجي لانه يساعد على ايجاد تلك الآفات المصيبة المتصلة الخاصة كما يساعد على ايجاد مثل ذلك في التصلبات الحشوية المختلفة . وذلك لسيين :

الاول : انه يؤثر موضعياً كخرش ، مساعد على حدوث آفات الفلج العام والسهام ، ولا سيما بعد ما عرف ان القول يوجد في السائل الدماغي الشوكي من شارب ، ويبقى فيه مدة طويلة فهو لذلك لا يبعد ان

يحدث التصلب في السحايا والاليف النخاعية كما يساعد على حدوث الكهبة الخاصة في الكبد .

ثانيهما : هو ان الغول وان احتسي بجرع قليلة ، من الخمر او غيرها من الاشربة القليلة الغول فانه يوجد ذلك الميل والاستعداد لزيادة التوتر ودوامه وذلك من الاسباب الهامة في حدوث تلك الآفات كما سبق ذكره .

وبالاختصار ، ان الغول ليضعف البدن ويجعل الملهان بحالة لا تحسن الدفاع في اثناء الامراض المختلفة لذلك يموت اكثر الملهي عبطة (صغاراً) وصناعة الغول اكثر الصناعات وفيات كما تعترف بذلك شركات التأمين على الحياة .

وانه لمن اوخم العواقب في الملهي ، بلا مراه ما يصيب الجهة العقلية والنفسية ، اذ يكون منهم اعظم وارد للمشافي الخاصة (بيارستانتات) . هذا وجميع الاختصاصيين متفقون على ذلك وعلى ان هناك نسبة متوازية دائماً بين عدد المصابين بالامراض العقلية وبين كثرة المصروف من الاشربة الغولية في البلاد المتقدمة ، اي تزيد بزيادة المصروف من هذه السموم ، وتقل بقلته ، والاحصاءات الكثيرة شاهدة على ذلك مؤيدة له ، كما انه من الثابت ان الامم التي نجحت في مكافحة الغول والمه ، تقص فيها عدد المصابين بالامراض العقلية كذلك ، كالامم السكندنافية .

هذا ، ولا ينكر ان هذا البلاء لا يقتصر على الاحوال البدنية فحسب بل هناك شره المستطير في الجهة الاخلاقية ايضاً حيث يكون سبباً في كثرة الاجرام والجنايات ولذا تمثل السجون بالمدمنين والملهي اكثر من غيرهم

وتزداد نسبة اولئك ايضاً في البلا: بازدياد المصروف من تلك المواد السامة .
فالقتلة والجناة وارباب القبااحت والجنح ، والمتعدين على الاخلاق ، والخارجين
على الآداب الدامة ، كل اولئك من نتائج المله ومن شر فعل القول في الامة .
لذلك يكثر سوادهم بكثرة المصروف من القول في كل امة ويقل بقلته سواء
بسواء ، كما ان البؤس يزيد في عدد اللصوص . وما الصق الفقر والبؤس
بالمله ، لذلك فقير عيب ان تكثر السرقة والنشل في امة يكثر علاهاها
ايضاً ويكثر بهم شقاؤها حتى انه يقدر ان (٨٠) في المئة من الجناة الفتيان
هم من اولئك الملاحى ، ومثل ذلك الانتحار ايضاً .

عواقب المله في الامة - اما عواقب المله في الجماعة والامة فكثيرة
ووخيمة ايضاً ، لان ما ينتج منه من آثار الانحطاط البدني والمعضلي والتأخر
الادبي والاخلاقي ، لا يقتصر على الفرد الجاني نفسه فقط ، بل كثيراً ما يمتداه
الى خلفه واعقابه من بعده . ولها يكون للملاحى اولاد طبيعيون ، اذ لا يزيد
السليم منهم على (١٧٠٥) في المئة مع ان هذه النسبة لا تنقل في غيرهم عن
(٨٢) في المئة ، فاكثر ابناء الملاحى اعلاء بدناً وعقلاً ، مشوهون خلقاً
دميون جبلة ، فرووسهم غير طبيعية الشكل ، ونموهم بطيء ومتأخر ، مفعمون
بالاعراض المصيبة ، كثيروا الرجفان والاختلاج والتشنج وما اشبه ، تظهر
فيهم جميع انواع الجنون والاختلال العقلي على اختلاف فنونه ومنهم اعظم
وارد للبيارستافات واكثر رواد للسجون لانه يكثر فيهم انواع الجنون والميل
الى الانتحار والاجرام والجنابة والتعدي على الغير ايضاً . فالقول اذن بما له
من التأثير السام في المجموع المصبي خاصة يكون فعله الوراثي في الاعقاب

خطراً جداً وهو وإن كان لا يفني الاطفال عدداً كما تفعل الأدواء الزهرية فإنه يفقدهم سلامة الأعصاب، فيجعلهم عائلة على الأمة تتعب باعابهم والعناية بهم على غير جدوى او فائدة تذكر . فهو لذلك من اعظم معاول الحراب والتهديم التي تعمل على محو البشر ، وافناء الاسر وزيادة البؤس والشقاء ، وارزاح الامم بمصرف عظيم وخسارة جمّة للعناية بتلك الثمرات الشاذة التي يخلفها المله للأمة ويثقل كاهل الأمة بمصاريفها الباهظة ، في سبيل ايواء اولئك البؤساء وتمريضهم وما يلزم لذلك ، مع ما هنالك من الحسارة التي تنتج عن عدم فائدتهم انفسهم ، التي لا تقدر بمال .

الورثة : اهم ما يتجلى به وراثة المله في الانسان هي :

١ - التطش للشراب : يلد ابن الملهان متعطشاً للشراب ولعاً به ، لذلك لا يلبث ان يدمن الشراب ، وسرعان ما يصير طهاناً ، لعدم صبره على التعفف من جهة ولميل تليد فيه وحاجة في العناصر المصيبة الى ذلك التأثير المخدر الذي لا تهدأ تلك الاعصاب الابيه ، بفعل الورثة كما يقع لمدمني الافيون والمورفين والكوكايين وما اشبه .

٢ - اختلال الحركات واضطراب المجموع العصبي : لا جرم ان أعقاب

الملهان مصابون بجميع انواع الاضطراب العصبي ، ولا بدع في ذلك لان القول سم عصبي ، والخلايا المصيبة هي اكثر خلايا البدن اتصلاً وتأثيراً من ضرره . وهل تكون الخلايا المنحدرة منها الا كذلك على الاقل ؟ وتكون هذه الاضطرابات في الحس والحركة ، بدناً ونفساً اي كما ان الحس البدني في اولئك يكون غير سليم فالحس الأدبي كذلك غير نظامي ولا مضطرد

فكما انه يكون في اولئك اعظم مجال لتلك الملل المعصية الخاصة (التي ليس فيها افعال محسوس في المجموع المعصي) كاختناق الرحم والتشنجات الطفلية التي تنشأ من اتفه الاسباب ، وبمض الصرعات (*) والضعف المعصي (نوراستيا) وما شابه ، والتي يعد الملل في الاسباب العامة لحصولها ، يكون كذلك فيهم اعظم الاضطرابات النفسية والادوية من قتل واجرام وتعد على الآداب وتعد لارتكاب انواع الجنایات والقباحات وغير ذلك .

٣ - آفات الاعصاب : لا يخفى ان ضرر الملل لا يقف على الآثار الحسية في الاعصاب فحسب بل يتناول الجهة المادية ايضاً فكما انه يكون سيئاً في تلك الاضطرابات المعصية البحتة يمكن ان يكون سيئاً في اصابة الاعصاب بآفات مادية ، لذلك ليس بدعاً ان يكون الملل سيئاً في جميع انواع التشوه والمسخ والقرم ، وما شابه من ضروب الاستحالات المختلفة كصغر الرأس واستسقاء الرأس ، وانواع الصرع ، والجذب والعتة وما اشبه وانه يقدر ان (٥٠) في المئة من المجاذيب والمعتوهين هم من عمرة الملل ، وكذلك تكون الملل الولادية التي هي من اعظم الاسباب في المقم وانقطاع النسل ، كثيرة في اعقاب العلامي . وحذا ذلك ارحمة بالامة المتبلة بكثرة العلامي فيكفيها بلاؤها بهم ولا لزوم لزيادة الطين بلة بابتلائها باعقابهم الذين يكون جلهم عالة عليها كما سبق ذكره .

(للبحث صلة)



(*) سوف نبحت عن ذلك على ضوء الآراء الحديثة

جاءت من الرصفة « الرفان »
 القشرة التالية طالبة منا دوجا
 في مجلتنا

تأخر الجزء الرابع من الرفان عن الصدور في مياده لموانع قاهرة
 ولأنه سيصدر قريباً جزءاً مزدوجاً « الرابع والخامس » وكل مباحثه عن
 مصر ما عدا الأبواب فإن بعضها لا علاقة له بمصر وسيكون هذا الجزء
 المزدوج من أروع ما تصدره المطبعة العربية طبعاً وورقاً ورسوماً ومواضيع
 لمشاهير العلماء والكتاب فيه مصر في التاريخ لمأحب الرفان والتشيع في
 مصر للمجتهد الاكبر السيد محسن الأمين ومصر واسطة عقد الشرق لا أمير
 البيان الأمير شكيب ارسلان ومختار الرقاص منجم مصري للاستاذ قدرى
 حافظ طوقان من اشهر كتاب فلسطين والقطران الشقيقان للاستاذ عيسى
 المعلوف البعثة اللبناني الشهير وعضو المجامع العلمية والجامعة المصرية بقلم
 الدكتور اسحق موسى الحسيني الكاتب الفلسطيني المعروف ومصر دار
 الاديب للدكتور زكي مبارك الكاتب المصري الشهير ومفتش المعارف
 وسيادة مصر في العالم العربي للاستاذ خليل جمعة الطوال من اشهر كتاب
 شرق الاردن ومصر والوحدة العربية للاستاذ حسان ابو رجال مفتش اللغة
 العربية في مصر ومن الكتاب المعروفين وماذا اكتب عن مصر للعلامة
 الشيخ سليمان ظاهر الاديب العالمي الكبير والمطبوعات المصرية للأب
 انستاس الكرملي البعثة العراقي الشهير ونشاط الشباب المصري في عشرين
 سنة للاستاذ حافظ محمود رئيس تحرير السياسة الاسبوعية واسماعيل باشا

خديوي مصر بقلم الامير نسيب شهاب الكاتب المؤرخ اللبناني المعروف
وفضل مصر على الطب للدكتور شريف عيران الكاتب الصيداي
المعروف والطبيب المتقرب اللامع والمجتمع المصري للاستاذ اديب التقي
الكاتب الدمشقي الشهير وزعامة مصر الادبية للسيدة وداد سكاكيني
الكاتبة الصيداوية الدمشقية الشهيرة وعشرة ايام في وادي النيل بقلم الاستاذ
حليم دموس الشاعر الكاتب المعروف وقران مصر ويران وهي قصيدة
للسيد حسين الكاشاني من علماء وادباء طهران المعروفين ومصر والزعامة
الادبية للشيخ محمد شرارة الكاتب العاملي الشهير ومن اساتذة اللغة العربية
في مدارس العراق وعصر ابن هاني للسيد حسن الامين الهامي والكاتب
العاملي المعروف ومن مدرسي الادب العربي في المدارس العراقية الى غير
ذلك من المواضيع هذا عدا ما في الابواب من الروائع وكل ذلك ينسي
قراء المرفان الكرام التأخير الذي حصل عن غير قصد ويحسبون انهم يقرأون
عدداً سادراً عن مصر المليئة بروائها وبدائعها ، لا عن صيداء الفقيرة في
عصرها الحاضر مع ما لها من المجد النابر .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٩ م . الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بد دمشق

جلسة الثلاثاء في ١٣ حزيران سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ - العلم شوكت موفق الشطي - بيلة كلسية سببها افراط تناول الحيوين د(D)

هي مشاهدة طفلة لها من العمر ستة اشهر اعطيت مستحضر الاوستومالت
الفني بالحيوانات (١، ب، ج، د) فتبعت عن ذلك بيلة كلسية يزورها
كاتب المشاهدة الى الحيوين (د) دون غيره لان الحيوين المذكور يزيد
كلاس الدم وازدياد الكلس يؤدي احياناً الى البيلة الكلسية . ويستنج
المؤلف من هذا كله ان الحيوين (د) يجب ان يمدّ علاجاً فعالاً وان
يحذر منه كما يحذر من غيره من الادوية الفعالة وان مراقبة الرضع الخاضعين
للعالجة بالفيتامين (D) واجبة لان مقداره يختلف من شخص الى آخر كما
اثبت ذلك رونوماتيو . ويقول المؤلف اخيراً ان البيلة الكلسية قد تكون

علامة منذرة يجدر البحث عنها لان كشفها يقي الطفل داء الافراط في الحيون (د).

الناقشة: العلماء حسني سبيح، شابو، شوكت موفق الشطي.

الطبيب اسعد الحكيم — هذيان الفيرة، قتل، تبدد نفسي، مداواة بالكارديازول، شفاء:

مشاهدة رجل عمره ٣٥ سنة اخذت طباعه تتغير في نيسان ١٩٣٨ وساورته الشكوك والقلق وانتاجه افكار قتل وانتحار كانت نتيجتها ان قتل زوجته خنقاً في ٢٤ تموز ١٩٣٨، وقد ادخل مستشفى ابن سينا في ٢ آب ١٩٣٨ حيث عولج بمحقن الكارديازول مرتين في الاسبوع فتعصنت حالته منذ الحقنة السادسة وبعد الحقنة العشرين استعاد اعتداله التام وخرج من المستشفى معاف.

٣ — الطبيب شابو — كيف ينظرون اليوم الى كيسات اقراص الركبة: جندي

تونس دخل مستشفى فيريزيه بدمشق مصاباً بكيسة القرص الهلالي الوحشي استؤصلت كيسته ١٧ شباط ١٩٣٩ فتفاعل مفعله بعد العملية غير ان هذا التفاعل زال بالتثبيت في جهاز جبسي وترك المريض المستشفى في ١٥ آذار ١٩٣٩ معاف.

٢٠ خ .

الناقشة: عليان لانويه، شابو



بيلة كلسية في الاكثار من الحيوين (د)

للعلم شوكة موفق الشطي

لما كان الارضاع الاصطناعي من اهم اسباب الاضطرابات الصحية في الطفولة الاولى لقلة الحيونات فيه فقد نصح أكثر اختصاصيي امراض الاطفال التعويض عن نقص الحيوين (القيامين) باعطاء الاطفال اعتباراً من الشهر الثالث حيونات بأشكال مختلفة (عصير الفواكه ، زيت السمك ، الارفسترول المشع ، ومستحضرات أخرى غنية بالحيونات . وهذا مادعا والد الطفلة م . الغذاء بالارضاع الاصطناعي والتي كانت حالتها الصحية حسنة جداً الى تجريبها عصير الفواكه ملافاة لنقص الحيوين .

وبما ان الجسم يحتاج اiban الانسان الى كمية كبيرة من ملاح الكلس ومن الوسائل المثبتة لها لذلك اضيفت الى غذاء الطفلة جرعة من مستحضر غني بالحيونات أ ، ب ، ج ، د (ostomalt) . يعطى عادة في الطفولة الاولى من المستحضر المذكور مقدار يختلف من $\frac{1}{4}$ الى $\frac{1}{2}$ ملعقة شاي . وقد اعطيت الجرعة المذكورة يومياً وربما زيدت قليلاً . فلم يمس على تجريب المقدار المذكور من المستحضر المبحوث عنه أكثر من ثلاثة ايام حتى افادت المشرفة على العناية بنظافة الطفلة ان بولها عاد لبنياً وقد لوحظ حقاً ان منظر البول اصبح لبنياً (*) وقد رسبت بعض اقسامه فوق الحرقه كأنها كتيلات كلس

(*) البيلة الكلسية : كتاب امراض الغدد الصم (ستون ، بروها ، سيمونه) سنة ١٩٣٨

صغيرة . ولم تبد الطفلة اضطراباً غير هذا خذف الملاج وتلا ذلك زوال الاضطراب البولي .

لقد كان بين الييلة الكلسية (المصطعبة بالييلة الفوسفاتية) وتجرير المستحضر الغني بالحيونات في هذه الطفلة صلة^١ أكيدة بحيث لا يستطيع ايضاح الييلة الكلسية الا بافراط الحيونات ولا يمكن اتهام غير الحيون د بين الحيونات الموجودة في المستحضر لان للحيون المذكور شأنًا كبيراً في التوازن الكلسي الفوسفودي ولانه يرفع مقدار الكلس والفوسفور في الدم (١) . على ان ازدياد كلس الدم بالحيون د والمواد المحتوية عليه امر محبور وقد بين هيص ونجمازو كروس ان ازدياد الكلس في الدم يقع حتى في الحيوان المحروم^٢ من الكلس (٢)

وقد تنتج من الاكثار في تناول الحيون حوادث اشد وطأة من هذه اذ استطاع غراي (Gray) ان يحدث في بعض الحيوانات داء الرمال بتفذيها بمواد غنية بالحيون د

وقد بحث في هذا الموضوع درونهمازار (٣) وبين ان المقادير الكبرى من الحيون د تولد في الحيوانات المختبر بها تكلسات مختلفة خاصة في الكلبي والشرابين وتحدث حصى كلسية في المجاري البولية .

يتضح مما تقدم ان الافراط في الحيون د وازدياد الكلس الدموي حادثان توأمان احياناً وان داء الرمال الكلوي كثيراً ما ينتج عن الاضطراب

(١) مارفان — مجلة العالم الطبي بحث فيتاين D ص ٨٠٣

(٢) مارفان مجلة العالم الطبي بحث فيتاين د (ص ٨٠٩)

(٣) جريدة الطباعة الطبية صفحة ٤٤ رقم ٢٤ سنة ١٩٣٨

الكلسي وازدياد الكلس (١) الدموي وان ذلك يبدو بقولنج كلوي او بتصور حمى في الحويضة . ويقول كوينك (Gouinck) وهو مبرجر (Humberger) وسنتون (Sainton) ان الحيون قد يولد تكلسات في ملء الكلية نفسها (٢)

ويذكر مارفان (Marfan) في عداد محاذير الارغستورول المشمع وازدياد الكلس الدموي بسببه تصور ترسبات كلسية في احشاء مختلفة ولا سيما في الوتين والكليتين .

ويقول فريزلاكر (Frizlaquer) في بحثه عن الحيونات ان الارغستورول المشمع يحوي عاملاً مكلساً ، يستطاع تعيين مقداره باجراء الاختبار في الجوانف وخاصة في القتران وان المقدار المذكور يعبر عنه بوحدة مكلسة (unité calcinogène) .

وتلخيصاً لما اوردت اذكر النتائج الآتية :

١ - ان افراط البيلة الكلسية التي شوهدت في الطفلة م . ناتجة عن كثرة الحيون د

٢ - ان البيلة الكلسية في الطفل المكثّر من تناول الحيون د قد تكون علامة منذرة يجب البحث عنها لاتقاء داء الافراط في الحيون د وما يصحبه من اعراض .

(١) الجزء المباشر ص ٣ P.M ، مارتينه الصفحة ١٢٨ من كتاب المداواة السريرة

المطبوع سنة ١٩٢٣

(٢) كتاب النعدي الصم مؤلفيه Sainton ، Simonet ، Brouha الصفحة ٢٢٦

٣ - ان الافراط في الحيوين ديزيد كلس الدم ويولد داء الرمال .
 ٤ - ان الحيوين د والمستحضرات الغنية به ادوية يجب استعمالها بحذر
 كما يحذر من اكثر الادوية الفعالة .

٥ - ان حاجة الاشخاص الى الحيوين د مختلفة واتعاملهم منه مختلف ايضاً
 وهذا ما يقوله وونوماتيو في بحثه عن الحيوين د في الموسوعة الطبية الحديثة (١)
الناقشة - الطبيب حسني سبيع : اني اسأل حضرة الزميل عما اذا كان قد قيس
 مقدار كلس الدم في مريضته ، لان هنالك فرقاً بين فرط كلس الدم
 وبين الييلة الكلسية ، فالأول يجوز حدوثه بفرط الفيتامين والثانية ذات
 صلة وثيقة بفعل البول ونقص الحموضة منه خاصة .

وبما ان المادة اوستومات المستعملة للرضيع تحوي طبعاً مقداراً غير قليل
 من مركبات الفوسفات ، فقد تحدث هذه الييلة الكلسية بطرح الفوسفات
 من البول بكثرة وتأثيرها في فعل البول . ويصح ما ذهب اليه لو كان
 ما استعمل هو الحيوين د الصرف .

وان عوارض فرط الحيويينات الاختباري في الحيوان من الامور الشائعة
 وهي فادرة في الانسان مع استمرار استعمال الحيوين د في المعالجة الجراحية
 السلية في كثير من الحالات . لان الحيوين د من شأنه ان يثبت الكلسيوم
 في العظام وفي سائر الاحشاء ولا اظنه يؤدي الى فرط افراغ الكلس بالبول .
الطبيب شوكت موفق النطبي : جواباً عن اسئلة الزميل الفاضل اقول ان
 مقدار الكلس في الدم لم يبحث عنه كما انه حكم على طيعة الييلة الكلسية

استناداً الى علامات اليلة المذكورة التي عدّها المؤلفون واسمة وما سبب ذلك الا ما ينته لكم في متن مشاهدتي وهو ان اليلة الكلّسية المذكورة ما كادت تظهر في البول حتى اختفت أثر حذف الملاج المحتوي على الحيوين د فلم يستطع والحالة هذه البحث عنها كيميائياً واما قول الزميل الكريم ان اليلة المذكورة قد تكون فوسفاتية لان مستحضر الاوستومالت غني بالفوسفات ايضاً فقيه ما يؤيد دعواي اذا تبيّن ان الحيوين د يؤثّر في التوازن الكلّسي القوسفوري وما اليلة القوسفاتية الا اليلة فوسفاتية كلّسية اما قول زميلنا ان الحصى الكلّسية لا تظهر الا في وسط قلوي فهو قول مسلم به ولكنه لا يوافق جميع انواع الحصى الكلّسية كما هو معروف ومقرّر بل يوافق بعضها واما الحصى الكلّسية الاخرى فما زال امر تكونها غامضاً وها قد يتبين ان الافراط في الحيوين د قد يكون من دواهي ظهورها احياناً.

وجواباً عن القول ان الافراط في الحيوين د موالد للحصى الكلّسية في الحيوانات المختبر بها وان ذلك لم يثبت في الانسان اقول اني نقلت بعض اقوال غراي ومارفان وغيرهما وقد رأى هو لاءالمؤلفون التوضعات الكلّسية اثر الافراط في تناول الحيوين د في الانسان وليس في الحيوان كما يتضح مما هو مثبت في مشاهدتي واخيراً لا بد من التمييز بين ترييد كلّس الدم وتثيت الكلّس في الاعضاء فالعمل الاول يتم بالحيوين د واما العمل الثاني فيقوم بالحيوين C. كما انه جواباً عن استفسار الزميل لا بد لي من القول ان ازدياد الكلّس الدموي يؤدي احياناً الى اليلة الكلّسية كما بين ذلك

ستون وزملاؤه في كتابهم الحديث عن الغدد الصم . لذلك كله ارى ان
اليلة التي ظهرت في الطفلة كانت يلة كلسية وان سببها الافراط في الحيوين د
العلم شابر : اتني اؤيد ما جاء في مشاهدة الزميل الشطي وقد ثبت حدوث
التكلسات المختلفة في الاعضاء اثر الافراط في استعمال الحيوين د وشاهد
ذلك في الانسان ايضاً وقد يكون سبب ذلك السموم التي تتكون اثر مرض
الارغسترول على الاشعة البنفسجية كما قال بذلك كثير من المؤلفين
العلم الشطي : نعم لقد قيل ان الترسبات الكلسية تنجم من السموم التي
تكلم عنها الزميل غير انهم توصلوا اخيراً الى استحضار الكالسيوم
وهو مستحضر خالٍ من السموم على ما يقولون وقد نتجت عن استعماله
ايضاً الترسبات الكلسية في الاعضاء المختلفة .



هذيان الغيرة . قتل . تبدل نفساني

مداواة بالكاردiazol . شفاء

للطبيب اسمع الحكيم رئيس مستشفى ابن سينا

جورج عمره ٣٥ سنة . قوي البدن . متزوج منذ ٦ سنوات . له اربعة اولاد . ليس في سوابقه الشخصية والوراثية ما يستوجب الذكر . موظف : سائق سيارة في احدى المؤسسات العسكرية . حذر الخلق . عاش بوثام مع اخويه المتزوجين ووالدته في بيت واحد حتى نيسان ١٩٣٨ . اخذت طباعه بالتميز منذ هذا التاريخ : انقباض . كدورة . قلق . انفصل عن اخويه واخذ يسمى الى الانتقال الى بلد آخر . ارسل الى معرة النعمان شعر بارتياح نفسي زمني ثم عاوده القلق . اخذت تخامره شكوك بسلوك زوجته : تهمل شوؤنه . لا تنجبه . تفازل احد رؤسائه .

تأويلات هذيانية . جعل مغزى للالفاظ . شعور بالخزي . لم يجد يطبق الحياة في المرة . عاد في ٢٠ حزيران السنة ٩٣٨ مع عائلته مأذوناً الى بيت اخوته . هنا اخذت شكوكه تتحول الى حقائق . شاهد بينه زوجته تتكلم مع جاره الشاب . تنجبه . اشارات . مواعيد . خيانة . فكرة الانتقام . اظلمت الدنيا في عيني جورج . بات منقبضاً . مضطرباً . مختلط الذهن . لفت هذا التميز نظر اخويه فدعيا الطبيب الى زيارته في داره . وقف الطبيب بعد محادثة

طويلة وخص دقيق على حالة نفسية متشوشة مع سورة هذيانة وافكار قتل وانحمار ثابتة . فقرر في الحال وجوب تجريده في مستشفى خاص بالامراض العقلية وحفنه بحبابة مورفين . لم يرق للأسرة هذا القرار . لاسيما ان حالة المريض خمدت بعد حقن المورفين وظهر عليه التحسن . واطرد هذا التحسن بعد ذلك يوماً فيوماً . ولكنه لم يكن حقيقياً . ففي ٢٤ تموز السنة ٩٣٨ بعد ان تناول جورج طعام الغداء مع اخوته والدة وزوجه طلب الى زوجته مراقبته لفرقة لاقيلولة . وعندما اضطجعت على سريرها اعطى صدرها ووضع اصابه في عنقه وقضى عليها خنقاً دون ان تنبس بينت شفة . ثم غادر الغرفة الى الطريق حيث اعلن فعلته على المارة واستسلم للقضاء .

اثبت الفحص الطبي في السجن انه مصاب بسورة هذيانة . وانه غير نادم على قتله زوجته قائلاً انه الهم بذلك من عند الله وانه يريد القضاء على اخيه الصغير .

عد جورج غير مسؤول واعطي تقريراً بوجوب نقله لمستشفى الامراض العقلية فارسل في ٢ آب السنة ٩٣٨ الى مستشفى ابن سينا شوهد جورج عند دخوله المستشفى مصاباً بحالة اختلاط ذهني وخمود وباحتداد ليلى ترافقه تحيلات بصرية وتأويلات خاطئة واهلاس سمعية واحياناً بافكار هذيانة اضطهادية والهيبة مع اندفاع خطر مفاجيء . وتخلل ذلك فترات صحو قصيرة .

لم يبد خص الجسم السريري والتفيري تغيرات مرضية تسترعي الاهتمام صمل له خراج صمني وعولج بمسكنات الاعمصاب والمعدلات والهيبة

المتقية . وذلك مدة شهرين اخذت فيهما حالة الاختلاط تتبدل بحالة انفعال تبديدي فسادني: عدم الاكتراث . انجذاب . حركات ترتبية . كشف العودة . في ١٧ تشرين الاول السنة ٩٣٨ عولج بحقن الكارديازول مرتين في الاسبوع فلم يبدِ ممانعة لها . ولم تأتِ الحقنة السادسة حتى بدا في حالة المريض الانفعالية والعقلية تحسن واضح : فقد اخذ جورج يكثر بالحوائق ويعاود المرضين في خدمات المستشفى ويعنى بنظافته ويذكر اولاده . ولما بلغت الحقن العشرين اصبح جورج في حالة الاعتدال التام اللهم الا لزوجة خفيفة في الافعال العقلية ظلت باقية . وقد اخذ يلح بطلب الخروج من المستشفى لاعالة اولاده وظهر عليه النشاط في العمل والحنو والحب نحو اولاده واخوته ووالدته والشعور بحالته وبانه جائر . غير ان عقيدته بسوء سلوك زوجته ومشروعية عمله لم تتبدل .

ظل جورج في المستشفى يقوم فيه بجميع ما يستطيع من الخدمة بكل اخلاص حتى ٢ شباط السنة ٩٣٩ حيث تعهد ذويه لدى السلطات الحكومية ذات العلاقة بانهم يحملون مسؤولية ما قد ينجم عن خروجه من اذى ، فلم اليهم . وهو منذ ذلك العهد مطلق يعمل في احد مصانع السياوات متمتع بصحة نفسية تامة . ان هذه المشاهدة تؤيد كشيلاها التي نشرت في هذا الصدد منافع الكارديازول في مداواة الانجذاب عند ما يستعمل في بدء المرض .

كيف ينظرون اليوم الى كيسات اقراص الركبة

العلم شابو — جراح المستشفيات العسكرية

ترجمة العلم عزة مريدن

التونسي هـ . دخل المستشفى في ١٠ شباط السنة ١٩٣٩ ، وكان تشخيص مرضه

خلع القرص الوحشي الايسر .

رأينا في هذا الخط المفصلي ، وامام الرباط الجانبي الوحشي ، ورماً مدوراً بانتظام ، متوراً ، يستطاع نهزه ، ويبلغ حجمه حجم الجوزة عالقاً بالسطوح العميقة ، ومستقلاً عن السطح الظاهر ، يتبع حركات القرص ، اي يبرز بشدة في الانبساط ويدخل من خلال المفصل تباعاً في المعطف التدريجي حتى درجة الزاوية القائمة ، ويبرز ثانية بروزاً خفيفاً في المعطف الشديد .

سقط الجريح على ركبته منذ ثلاثة ايام ، ولم يحمله على استشارة الطبيب سوى الاعراض الوظيفية ، الركبة المريضة احر من السالمة وصدمتها داغصتها خفيفة ، الفشاء الآحي متكثف قليلاً ، الحركات المفصالية طبيعية ، وليس في المفصل حركات جانبية . شخصنا ان المريض مصاب بكيسة القرص الوحشي كيف لا والاعراض بيانية ولا تلتبس هذه الكيسة الا بالكيسة الآحية خدورت المريض في ١٧ - ٢ - ٢٩ تخديراً قطنياً ، وشقت شقاً (دوجاربه بران) فكانت الكيسة ملتصقة بشدة في قاعدة القرص التي تحيط بالمحفظة بها ، وقد نمت هذه الكيسة في العالي بين المحفظة والوجه الوحشي من لقمة

الفخذ ، ودفعت الى الوراء ، في الوقت نفسه ، رتجاً من الرباط الجانبي الوحشي .
 الغشاء الآحي الذي يدفقه الورم المتصلق ، في عدة نواح ، متكثف
 ومحمر ، تبدو عليه علامات التفاعل وفيه انصباب مصلي خفيف . استؤصل
 القرص الذي يؤلف دائرة تامة على دفتين في الاولى الثلاثان الوحشيان
 مع الكيسة ، وفي الثانية الثلث الانسي المؤلف من القرنين الامامي
 والخلفي المتصقين .

سلخنا بالمبضع ما بين الحفظه والكيسة عموداً على الطبق الظنبوبي ولم
 تقطع الرباط الجانبي الوحشي ،

بدا في الجريح بعد ذلك تفاعل آحي ذو شأن خضع لتثبيت في الجبس
 طيلة شهر كامل ، ولتنخضيب الموضعي بالبركاثين ، وخرج الجريح معافي بلا
 ضمور في عضلاته ، حركاته المفصلة طبيعية ، في ١٥ اذار الماضي .

حضر الاستاذ لوسر كل ورأى القطة الجراحية بعد العملية بايام ، فلم
 يستطع تميز الحدود بين القرص والورم الذي بدت فيه بعد قطعه اجواف
 كيسية عديدة يظهر ان بعضها كان نامياً في القرص نفسه مع انه كان طيبي
 المنظر لو لا بعض التكثف فيه . وقد كنت في غنى عن رفع هذه المشاهدة
 اليكم لو لا معرفتي ان هذه الكيسات نادرة في دمشق على ما يظهر .

ولكي اقدم لكم مشاهدة تامة قسمت القطة قسمين وارسلت النصف
 الواحد الى المعهد الاميركي في بيروت ، والنصف الثاني الى المعهد الفرنسي
 وسألتها ما يأتي :

١ - هل الورم كيسة أم كيسة موهمة

٢ - هل القرص الخارج عن الكيسة طيعي ؟

٣ - ما هو الحد بين الكيسة والقرص ؟

فقلت الاجوبة التالية :

المهد الامبركي : تتألف عناصر الحزعة من كتل فخرة ، ونسيج ضام وبعض اجواف يحدها نوع من البطانة وتعلأها كتل مكبية كالحيطان (آحية) وكثير من الاوهية الصغيرة الدموية .

ونأسف اذا قلنا ان هذه المدلولات لا تسمح بوضع تشخيص ما ولا نستطيع الاجابة عن استلثكم .

المهد الفرنسي : ان التنشؤات الكيسية عديدة ، وتتألف من نوع من الاستحالة المتناولة للسطوح الضامة بألية تشبه ما وصفوه في ككيسات المعصم الآحية .

وعدا ذلك تشاهد سطوح ذات منظر غضروفي مع استحالة نحو المنظر الوتري وهذا ما يوافق كل المواقفة ما تبقى من القرص وتتصل السطوح بالنسيج الضامة المتفاعلة تفاعلاً التهاياً وتصلياً ، والتي تتولد فيها الاستحالة الكيسية التي ذكرناها . ويمكن من حيث الظاهر تفسير هذه المناظر بـ :

١ - تبدل القرص مع تنشؤات جديدة ضامة .

٢ - استحالة كيسية في هذا النسيج الناشئ .

.....

ليست الآفة نادرة لان ما يقرب من مائتي حادثة نشرت في المجلات ولا بد ان يكون عدد كبير من امثالها لم ينتبه اليه السرديون ، لان كثيراً

من هذه الآفات لا يرى الا بالمجهر، كما ان كثيراً منها كبير الحجم كما في المشاهدة التي قدمها (صول) للحقن الجراحي ، حيث كانت الكيسة فيها تتمدد الرباط الداعمي في الجانبين .

وتجمع الآراء تقريباً على القول ان هذه الكيسات ليست كلها كيسات حقيقية بل كيسات موهمة اجوافها مغطاة بخلايا تشبه خلايا البطانة وتجم عن استحالة غرائية .

ان النظرية الولادية التي وضعها (البرنشاف) تتماكس مع النظرية الفرنسية التي تشبه حوادث تنشوء كيسات الاقراص بحوادث (لوتول وبازي) التي وصفها في كيسات المصم .

ويلعب الرض دوراً هاماً ، فقد ظهر ان هذه الآفات تكاد تنتخب النسيج الضامة الخاضعة لحركات لا تفر ، ويستقد (ماندل) ان القرص الوحشي المتحرك كفاية ، ليس عرضة للرضوض الكبيرة التي تستطيع كسره ، ولكن الرضوض الصغيرة المتكررة التي تطرأ عليه ، قد تجره الى الاستحالة الكيسية ، وهذا هو سبب اصابته في ٨٥ - ٩٠ ٪ من الحوادث وفي تفضيل الاصابة لقسمه الامامي التي سببها ، كما يعتقد (فولياسون) ، ان قسمه الخلفي يقيه الرباط الجانبي الوحشي ، ووتر ذات الرأسين ، والمأبضية ، ويضاف الى هذا السبب الموضع الاستعداد العام .

ولقد كنت افكر قبل عشر سنوات ان الأمر راجع عن حالة حكيمة مرضية تالية لانفتال العضروف نحو الباطن ، فالقرص المتوسط الذي تتولد منه مضمياً ، مختلف الاقسام المفصلي ، يسير قسمه المركزي الى الزوال مكوناً

الجوف المفصلي والنشاء الآحي .

وليست المضاريف الهلالية سوى اقسام القرص التي نجت من الاستحالة الحظائية وتحولت غضروفاً ليفياً ، واستقرت في موضع خاضع لشروط آليه هي : الاحتكاك المختلط ببعض الانضغاط ، فالقرص الوحشي الاكثر حركة والذي يتلقى ضغطاً اقل من القرص الانسي اكثر تعرضاً للاستحالة الكيسية ويحسن ان نلاحظ بهذه المناسبة ان المضاريف اللبغية ولا سيما الوحشي منها اقل نمواً في الشيخ منها في الجنين .

وليس في التشخيص كما ذكرت آتفاً شيء من الصعوبة ، بل انه يثبت بالاستناد الى الملامات المرئية ، واضطرابات الوظيفة المختلفة الدرجات .

اما حادثتنا فقد كانت نموذجية ، ولكن غيرها لا يخلو من الصعوبة : بمقرها البعيد عن الخط المفصلي ، وبحركها على السطوح المبيقة ، وعدم مراقبتها لحركات القرص ، كل هذا يجعل حو لهاجواً من القموض .

ولا حاجة الى الكلام هنا عن الاورام الصلبة كما في حوادث (مول) و (ياري) و (غينار) النادرة التي لا تكشفها الا العمليات . واما من الوجهة العملية فاني استعمل دائماً طريقة (برن) و (دوجاريه) قطع الرباط معها ام لم يقطع ، فيها استطاع الوصول الى الغاية فضلاً عن ان تحويلها بسهولة الى طريقة (باركر) مستطاع اذا حوج الامر الى استقصاء اتم في المفصل . (وانوه ان هذه هي الطريقة الوحيدة التي استطعت ان ازرع بها من غير صعوبة قرصين لاحد الضباط) .

ويكتفي بعض المؤلفين بنزع جزء قليل من القسم الوحشي للقرص الذي

ترتكز عليه الكيسة. واني انزع القرص جميعه جرياً على طريقة معظم المؤلفين
الفرنسيين متى استطيع ذلك ، وهي عملية لا تؤذي وظيفة الركبة مطلقاً
وتحول دون التمسك ، ودون العوارض التي قد تنشأ عن القطعة الباقية .

اما توابع العملية فكثيرة الاختلاف . وهي تتعلق بالتهاب المفصل الرضي
التفاعلي ، فاذا لم يترافق الورم بالتهاب الجوار كما هي الحال في الغالب فالسير
بسيط والنهاية حسنة . اما اذا حدث ، على المكس ، التهاب جوار القرص
وكشف الغشاء الآحي ، او ادى اخراج الكيس الى نزف غزير ، فالمرضى
لا يستعيد الايطء شديد ، وظيفة مفصلة .

ولهذا فاني اعلق شأنأ كبيراً على العناية قبل العملية ، وعلى الاستطباب
في حينه ، ويجب ابقاء الجريح في سريره ما زالت حرارة الركبة الموضعية
عالية ، ولا يحق لنا ان نتكهن عن حسن النتائج الباهرة لعملية خزع الاقراص الا متى
صرفنا ان نذرع بالصبر .



الكحول وساحة العملية

للطبيب لوسر كل (دمشق)

ترجمة الطبيب محمد وحيد الصواف

لقد بينت فيما مضى الاسباب التي حدثت بي الى نبذ صبغة اليود في تحضير ساحة العملية وكيف اتيت استبدالها بالكحول ذي الدرجة ٩٥ .

واذا كنت اعود الى هذا الموضوع الآن فلا أني شاهدت اثناء تبحرالي في مستشفيات بلاد مختلفة طرائق عديدة تحضر بها ساحة العملية : كالتفسل بالصابون والتنظيف من الشحوم ، والطلي ، واستعمال المخاليط ذات الالوان المختلفة طبقة واحدة او طبقات ولم ارَ أبداً من يستعمل الكحول الصرف ذا الدرجة ٩٥ كما يستعملونه في شعبي منذ تسع سنين بدون تضرر او شكوى وأرى بهذه المناسبة ان اذكر ان كثيراً من الجرحى أودى نديهم كما ان كثيراً من الجراحين تضايقوا في توسطاتهم من الطلي بصبغة اليود المتبدلة او الوافرة كما يستعملها بعض من الاطباء « المتألمين » الذين يريدون الكمال في عملهم : اما الكحول فتأثيره احسن .

فانا استعمل الكحول ذا الدرجة ٩٥ كما يستعملون صبغة اليود طلياً قبل الشق وبدون اي تحضير آخر للتأحية .

ولا يعني هذا انني اثق بالقوة المبددة للجراثيم التي يتصرف بها الكحول الذي اشار به بايان قبلي بل يظهر ان المخبر يمد الكحول اليوم كأحسن

عامل كيميائي لتطهير الايدي فلماذا لا يكون شأنه كذلك في تحضير ساحة العملية ايضاً ؟

واني اعتقد ايضاً بالقوة الميدة للجراثيم التي تنصف بها اجهزة الدفاع في البدن الحي والتي يجب ألا نضعفها . وليان ذلك اجريت بصورة متوالية عدداً من العمليات يبلغ الماية (فصلتها في بحث آخر) ولم اختر الأشخاص بل بعضهم بحسب دخولهم بدون تحضير ما سوى اغتسال المريض قبل دخوله المستشفى اذا كانت حالته تسمح بذلك فلم اجد ادنى صعوبة في الترميم .

نعم ان حيناً للنظافة لا يسلم بمثل هذه الطريقة وكثير من الجلود يتطلب التنظيف فيكفي الكحول في ذلك فهل يعمل كذيب للشحوم ام كثبت للجراثيم طيلة الوقت الكافي للشق ولكسو الجرح وهل هو ميد حقيقة لبعض الجراثيم الضعيفة ؟ مالنا ولنظريات التي ليست واحدة منها صحيحة على ما يرجع بل تكفي بنا الوقائع

واني متأكد ان الكحول لا يرض المضرة (ايتاليوم) كما تفعل صبغة اليود اياً كان عمر المريض او جنسه واية كانت فاحية العملية أو كمية الكحول المصوبة عليها . واستعماله اقل خطراً من المطر (essence) او الاثير .

وبهنا بعد ذلك سواء استعملناه او استعملنا اي خليط آخر الباس الجرح بعد الشق وصونه من العدو الخارجي ومن العدو الداخلي الذي لا يمكننا تأمل في قتله بالوسائل التي نستعملها اليوم . ثم على الجراح بعد ذلك ان يحترم وسائل الدفاع الطبيعية للأشعة وان لا يوقظ بشقه حمة الجراثيم العاطلة حتى الآن وبالاختصار ان يبضع مريضه وفقاً للقوانين الباستورية المتبعة

التي اخذناها عن اساتذتنا وهنا السر في الامر . واذا بقي بعد اغلاق الجرح ما يجب عمله بازاء الجراثيم التي دفنت فيه فان الكريات البيض كما نعلم تقوم بهذه الوظيفة .

وبما انني اجتهدت ان احقق هذه الشروط بأحسن حال اقدر ان اضع امام نتائج الخبر المتباينة في الغالب ، نتائج ثابتة لتجربة طويلة في قاعة العمليات وتبلغ هذه النتائج عدداً ٥١٠٠ عملية كبيرة و ٧٨٠٠ عملية صغيرة مسجلة في الدفاتر (يضاف اليها ما لم يسجل) اندملت جميعها بدون ادنى ازعاج في الترميم استطاع اتهم الطريقة به : وتدخل في هذا العدد جميع التخديرات القطنية طبعاً . ويضاف الى هذه الاعداد توسطاتي الجراحية في دور الصحة التي لم احصها والتوسطات التي تفضل زملائي اطباء المنطقة التي اعمل فيها وبشوا الي بها في اثناء اقامتي في فرنسا . وقد تمكنت من اقناعهم بدورهم بعدم فائدة صبغة اليود وبضررها احياناً .

واني اعلم ايضاً ان في فرنسا جراحين آخرون كتبوا الي انهم جربوا طريقتي هذه وانهم سروا منها تماماً .

كما ان مساعدي القدماء الذين ذهبوا الى سورية والعراق والحجاز لم يتركوا على ما اعلم الطريقة التي اخذوها في شعبي والتي اعتادوها ومارسوها . وترك صبغة اليود حسن بل واجب في بلاد الشرق ولا سيما في الصيف اذ يهرق الجلد ويتعطن تحت الضماد الكثيف وقد يتقرش ويتنفط ويتقيح هذه هي الوقائع التي اردت ان اذكرها لادعم بها هذه المذكرة لكي اؤكد من جديد حسن الطلي بالكحول على بساطته .

فصل برويونات التيستوستارون في الثدي

المؤلة وفي الاورام الليفية

ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

ان اسباب الثدي المؤلة عديدة فقد يزيل مشد للثدي حسن الوضع
آلاماً كانت مزعجة غير ان سبب الألم في معظم الاوقات تشوش الرسل
(hormones) التناسلية او النخامية .

وجميع النساء لا تؤلمن انداؤهن في زمن الحبس بل تستطاع قسمتهن
ثلاث فئات :

١ - النساء اللواتي يتألمن ٨ - ١٢ يوماً قبل بدء الطمث وسبب المهن
هجمة جرابينية (folliculinique) شديدة في سياق الايضة .

٢ - النساء اللواتي يتألمن ٣ - ٨ ايام قبل بدء الطمث وسبب المهن في
الغالب فرط في افراز الجسم الاصفر او قصور جرابيني .

٣ - النساء اللواتي يتألمن ٣ ايام قبل بدء الطمث وسبب الألم فيهن
هجمة جرابينية تحدث بتأثير النخامة متى بطل تأثير الجسم الاصفر .

ويمكننا ان نصادف اشكالاتاً وبسطاً بين هذه الفئات الثلاث الا اننا
متى صادفنا اشكالاتاً نموذجية يجب ان نستعمل علاجاً خاصاً يوافق الزمرة التي
تنتمي اليها المريضة .

وقد ينت التجارب في ٥٣ حادثة من « الانداه المؤلة » كما يقول تودرو

ان الرسول المذكور اذا حقن لافاث من الزمرتين الاولى والثالثة اي لافاث تعرضن لهجمة جرابينية ، يأتي دائماً بنتائج باهرة .

اما في الزمرة الثانية على العكس (افاث يشتكين آلاماً ثمانية ايام قبل الطمث تزول او تنقص قبله يومين) . فتجني دوماً فوائدها جليظة من حقن الجرايين بمقادير قليلة ينما لا يأتي الرسول المذكور بنتيجة تذكر او انه قد يزيد الآلام .

وتتراوح مقادير التيستوستارون التي استعمالها تودروف بين ١٠ الى ٣٠ معشار الغرام تحقن في الايام الثلاثة التي تسبق ظهور الآلام (تحقن العضلات به - ١٠ ممسح يومياً الا في الفتيات اللواتي هن شديداً التأثر بالتستوستارون حيث يستحسن ألا تجوز مقدار ١ - ٢ ممسح يومياً) وتشفى بعض الحالات تماماً بزمرة واحدة من الحقن وفي بعض المريضات تستمر المعالجة اشهراً دون ان تؤدي الى نتيجة دائمة ثابتة . والمعالجة الطويلة هذه تنطبق بحسب تودروف على النساء اللواتي تجوز نسبة الجرايين في لتر من دمهم في سياق الاباضة او ٢٤ ساعة قبل الطمث $\frac{1}{4}$ من المشغ (وتعرف النساء الزائد جرابينهن سريراً بأشهن يشكين ثقلاً وانتفاخاً حتى آلاماً في اسفل البطن مع لام الثدي .

وقد جنى تودروف (Turpault) من التيستوستارون في ال ٥٣ حادثة من « الانتداء المؤلمة » ٣٧ نتيجة باهرة غالباً بعد شهر من المعالجة والباقي بعد اربعة اشهر على الاقل .

وقد ذكر دامارا (Desmarests) التأثير التاجع لبرويونات التيستوستارون

في التورمات الغدية (adénomateuses) التي تسم حياة بعض النسوة والتي يمكن ان تولد السرطان .

وقد جرب توربو من جهة اخرى تأثير بروبيونات التيستوستارون في الاورام الليفية . ولم تداو به الا النسوة اللواتي قرر اصابتهم بالورم الليفي طيبان مختلفان فلم يعد ادنى شك في تشخيص مرضهن وقد اعطين بروبيونات التيستوستارون لوحدها دون اي مستحضر آخر .

والمقادير التي اعطيت لمن اكبر بكثير من المقادير التي اعطيت في الاثناء المؤلمة (٥ - ١٠ معشغ من بروبيونات التيستوستارون في اليوم حقناً في العضلات مدة ثلاثة اسابيع في الشهر واحياناً اربعة اشهر متوالية) وقد عالج توربو ٢١ مريضة فحصل على ١١ نتيجة حسنة (زوال النزف او نقصه نقصاً كبيراً ، نقص كبير في حجم الورم الليفي غياب حس الثقل أو خفته وزوال الاضطرابات الوظيفية المصيبة ، البولية والمموية)

ويعتقد توربو ان الاخفاق في بعض من الحوادث يعود الى القصور وفي البعض الآخر على العكس يعود الى عدم تحمل المريضات حتى المقادير العادية نفسها . وعدم التحمل هذا في اكثر الحوادث عائد الى حالة الكبد وفي النادر الى حالة الكلية .



معالجة داء ركلو (داء الثدي العديد الكيسات)

بمخلاصات جسم المبيض الاصفر

ترجمة الطيب محمد وحيد الصواف

ليس الداء الكيسي (داء ركلو) نادراً كما انه ليس بالآفة المألوفة التي تصادف بكثرة في الممارسة .

فقد يحدث ان يصادف الاطباء الجدد الذين لم يشاهدوا منه كثيراً في اثناء سني دراستهم ، عدة حوادث متوالية منه منذ ابتدائهم بالعمل .

فن المفيد اذاً ان نذكر بعض العلامات السريرية التي يميز الداء بها وان نذكر الطرق التي نملكها لمكافحته خاصة ابسطها وانجحها وهي طريقة الاستمضاء بجسم المبيض الاصفر التي كانت منها بين يدي مخترعها اوغست لومبار والاستاذ لبون بيرار تتألمج باهرة .

وقد أوحى هذه القضية الى الدكتور لويس طونولو (Tonnelot)

موضوع اطروحته الاولى التي سنستعير منها كثيراً في هذه المقالة .

]] العلامات السريرية الاساسية : يقول ركلو ان داء الثدي الكيسي هو ورم

سليم في الثدي . وقلما تنسطن هذه الآفة على الرغم من أن بناءها النسيجي يضمها في صف الحالات السابقة أو المؤهبة للسرطان . وتصادف على السواء في المتزوجات والمصابات ، في الولادات والحجوسات حتى انها تصادف أيضاً

في الرجال وهذا ينفي منشأها الطمثي .

ويشتمل المشهد السريري على عدد من العلامات الوصفية التي سنستعرضها بسرعة :

١ -- ظهور كيسات عديدة . احياناً كبيرة وظاهرة (كحجم الجوزة أو البرتقالة الصغيرة) وطوراً على العكس صغيرة يشعر بها بحس الغدة التي تظهر كأنها مرصعة بحبيبات من الرصاص .

٢ . ازدواج الآفة غالباً ، الا ان الشكل قد يختلف في الفدين فقد تكون الكيسة في احد الثديين كبيرة وثامية بينما تكون في الآخر كحجم الحبة .

٣ . لا تلتصق الكيسات اباً كان شأنها . فلا تبطن في الثدي ولا انسحاب في الحلمة ، والثدي نفسه متحرك على الاقسام العميقة . وقد يؤلم الورم احياناً في اثناء نموه . وفي المرأة تؤلم الكيسات وتكبر في ادوار الطمث .

٤ -- لا تفاعل في عقد الابط . سير الآفة بطيء مهتز فهي تنمو تارة وتضمر اخرى وقد شوهدت في جميع الاعمار وفي الجنسين . وهي اكثر في المرأة في البلوغ وفي الضمى .

النسيج : ان فحص الآفات النسيجية يدل على ان الكيسات بسيطة أي انها قنوية أو غدية عضلية مزرعة . وتترافق كسائر اورام الثدي بضخامة في النسيج الضام .

قد تبقى العنات الغدية عديدة وقد تبدي احياناً ضموراً أو تنشطاً .

الأمراض : وضعت في منشأ داء ركاو الكيسي فرضيات عديدة وقد بينا آنفاً أنه لا يجب أن يفتش عن سبب مؤهب في اختلالات الطمث في المرأة لان هذه الآفة ليست وفقاً على النساء .

وقد فكر كانو ودله Quenu, Delbet بتعليلها بسير التهابي فعداها دكبة مضرعة ناتجة عن التهاب مزمن ، ولكن الفحص النسيجي لم يثبت اراً ملحوساً للالتهاب .

دور الجرايين والجسم الأصفر : ان النظرية الفدية وحدها في الحقيقة يمكنها جلاء الجهة الامراضية من المسألة جلاء مرضياً وأول من بث هذه الفكرة لوديش وغورما غثايت (Leriche et Gormaghtight) فمزوا داء وكلو الى فرط افراز الجسم الاصفر .

وتقوم هذه الفكرة على النتائج الحسنة التي جنيت من اعطاء هؤلاء المرضى كميات كبيرة من الجرايين احد مفرزات المبيض الذي يمد الآن مضاداً لوثائين .

وقد لاحظ دال ايفارسان (Dahl-Iversen) بحق ، على الرغم من انه كالمؤقنين السابقين دون سلسلة حوادث من الشفاء الاكيد بالجرايين ، ان نظرية المنشأ الميضي تسقط أمام مشاهدة ائداء كيسية في الرجل . فوجب أن يعلل الداء بغير تعديل فرط افراز لوثائيني عمل الجرايين ذي الفعل الثابت .

واعمال لاكاسان (Lacassagne) أول العناصر في تحوير هذه النظرية .
فقد لاحظ في اثناء حقنة الجرايين لفران حديثة الولادة من الجنسين

(ذكور واثاث) حصول كيسات في ائدائها مع تصلب ضام في قنوات الحليب . وان سائل هذه الكيسات كسائل الكيسات في داء ركلو ، محمول يشبه اللباه يوتر في القارشة فيخرشها تخريشاً قد يودي الى سرطان . ثم انه أحدث في قتران خصية ، بعد حقنها على ثلاث مرات بساتمتر ونصف من لباه المرأة زرواً وصغياً .

فبرهن هكذا على ان اللباه يحوي كيات عظيمة من الجرايين وان سائل الكيسات في داء ركلو كاللباه يحوي ايضاً مثله رسولا مغزياً .

محاولة تحليل الدواة الرسولية بوجود مضادات رسل : كيف يمكن التوفيق بين دور الجرايين هذا وبين تأثيره الدوائي الثابت في داء ركلو ؟ يجب طونولو عن هذا السؤال العويص بمحاكمة طريفة تستند الى اعمال كوليب واندرسون الحديثة التي تلتها تحريات كبيرة الفائدة عن تكون مضادات الرسل ودورها .

فان كوليب واندرسون بعد ان حقن اقبعات بمحرضة الدرق شاهدا ظهور مادة جديدة في هذه الحيوانات مضادة للدرق تعدل محرضة الدرق التي يفرزها القمص الامامي للغة النخامية .

فيحصن الحيوان هكذا ضد الرسول المحقون به كما لاحظ بوليو (Ponliot) بتكوين مضاد للرسول يعنمه بدنه ويظهر في مصله .

وتوضح هذه المشاهدات ما لاحظته هوبستان (Hauptstein) في بعض من المرضى الذين عولجوا مدة طويلة بالجرايين فانه رأى ان هذه المعالجة بدلا من أن تسهل نضوج اليبضات كما تفعل المقادير المعتلة ، أدت الى

تكوين المبيض الكيسي المتصلب ذي المنظر الطفلي الحالي من الاجسام الصفرة والاجربة الناضجة. فاذا ما امسكتنا عن حقن الدواء بطل النهي واستعاد المبيض عمله المعتاد.

وقد لاحظ لوپتر (Lopter) ايضا في انثى الفأر أن حقن الجرايين مدة طويلة يمنع حدوث التضخم المبيض عن تفاعلات المبيض الكهل. ثم حصل هولوك (Holweq) باستعماله الاسلوب نفسه، على نزو متواصل مدة اسبوع فقط ثم وجد بعد ان ضحى بالحيوان ان المبيض محشو أجساماً صفراً نهى النزو افرازها الكثير.

وتدعو هذه المشاهدات الى تحفظات كبيرة في معالجة داء ركلو بكميات عظيمة من الجرايين هذه المعالجة التي قد تؤدي الى اضرار فادحة. وتلت النظر من جهة ثانية الى مبدأ جديد: « مضادات الرسل »، الذي يفتح آفاقاً جديدة للبحث عن طرز العمل وكيفية الاستعمال في المعالجة بالتعدد الصم.

الجسم الأصفر في داء ركلو: تبين تجربة هولوك (الذي بعد ان حقن الفأرة بماية وحدة فأرية من الجرايين في اليوم رأى خلال ثمانية ايام ان مبيضها امتلأ اجساماً صفراً كهلة مفرزة) ان ليس هناك فقط اضداداً للرسل تنهى عمل الجرايين المحقون به بل تبين ايضاً ان ثمة تضاداً خاصاً يفرق بين مفرزي المبيض واثنا نحدد هذا التضاد فنقول ان الجرايين رسول الطمث واللواتين رسول الحمل. فدور الجرايين الهام هو « احداث النزو » فهو اذاً مولد للنزو اما اللواتين فانه لا يعمل الا في غشاء رحم مخاطي أثر فيه الجرايين. فتي نشط الجرايين غشاء الرحم المخاطي حوله اللواتين الى غشاء مخاطي

حلي يسمى (النشاء المسنن endometre en dentelle) واللوتنتين أيضاً هو الذي يسمح للمضغة بالانتراس وبالتطور في الرحم بآلية التششيش .
وينهى اللوتاتين قابلية التقلص في عضلة الرحم فلا يتأثر الليف الرحمي حتى من عمل فص النخامة الحظفي المقلص ويمنع البيض الميضي بنهه الاباضة ويحرض نمو القنوات الحليية في الثديين (ينما يؤثر الجرايين خاصة في العنابات) ونوعيته أدق من الجرايين ولم يثر عليه ابدأ في بول المرأة بل شوهد حتى الآن في المبيض وربما في مشيمة الانسان .

ومن جهة اخرى فان الجرايين اذا أدخل بمقادير متوسطة في بدن مشبع باللوتاتين لا يمكنه احداث التزو فاللوتاتين مضاد للتزو ، ويمنع الجرايين من التأثير في غشاء المهبل المخاطي .

ويحصل المخاض من اختلال التوازن اللوتاتيني الجراييني بنقص اللوتاتين وازدياد الجرايين الذي يقلص الرحم .

وانا نعلم بمدى امحاء لاكاسان ان داء دكلو سببه فرط في الافراز الجراييني فينجم عن تحسس عفوي باطن يحدثه الجرايين الذي افزره البدن المريض نفسه .

ويتضح عمل الجسم الأصفر في مداواة هذه الآفة بما يتناه من التناقض الموجود بين الرسولين الميضيين ونجد البرهان على هذا التناقض في النتائج الملموسة التي يأتي بها حقن اللوتاتين في مداواة التزوف الرحية الاساسية التي ليس من شك في منشأها الجراييني . والتقارب السببي بين هذه الآفة وداء دكلو يوضح وحده نظرية اوغست لومبار و بيرار وهي : معالجة

داء الثدي الكيسي باجسام المبيض الصفر التي توجد في مستحضر جاهز هي، خصيصاً لهذا الشأن، مكفول النتيجة سواء من حيث التركيب او طرز الاستعمال وهو : او بوزونات لومييار (Les opozones de Lumière) ولتذكر ان او بوزونات لومييار هذه تستحضر من الاجسام الصفر الكهلة المستحصلة من تسليخ مبيضات البقر المذبوحة حديثاً .

تسحق هذه المبيضات ويضاف اليها بمقادير قليلة في اثناء تبريد الكتلة ، وزن مساوٍ من فصقات الصودة الجافة . فيتميه هذا الملح على وكس العصارات النسيجية التي يتحصا تماماً فيولد في الحال ملحاً فاشعاً ماؤه البلوري مركب من محلول الحاصل الغدية فلا تتعرض المواد الغدية هكذا لا أدنى تسخين كما انها تستخلص بكاملها دون ان يتورها بدل .

وقد اتقده بعض المؤلفين طرز اعطاء المستحضرات الغدية بطريق القم واثنا نجيب عن هذا الانتقاد بالتأنيج الباهرة التي سجلت في آلاف المرضى الذين عولجوا منذ اكثر من عشرين عاماً بهذه الطريقة وبالمشاهدات الطريفة التي دونها الاستاذ ليون بارار بمساعدة اوغست لومييار وقدمها الى جمعية ليون الجراحية في تموز من السنة ١٩٣٤ وبعدد من المستندات الماثلة التي جمعها الاستاذ طونووا سواء في عيادات مخبر لومييار او في مستشفى « الملجأ البعيد » « Bon abris » الملحق بمرکز ليون المضاد للسرطان .

جورج ادورد بوست (١٨٣٨ - ١٩٠٩)

حياته وتأليفه

للعلم لطفى السدي

ترجمة العلم ميشل الحوري

« ولكل امة اجل فاذا جاء اجلهم لا يستأخرون

ساعة ولا يستقدمون »

سورة الاعراف : الآية ٣٣

كان جورج ادورد بوست طبيباً اميركياً مرسلًا الى سورية في القرن التاسع عشر ، ولذلك فان تقدير حياته وتأليفه حق قدرها لا بد فيه من الرجوع الى تاريخ المرسليات الانجيلية الاميركية التي كان لها تأثير كبير في نشر الثقافة الغربية في الشرق الادنى . ويبدو غريباً لمدى النظرة الاولى ان المرسلين الاميركيين حملوا الى مهد المسيحية في اثواب جديدة ، الدين الذي انتقل اليهم من تلك البلاد قبل ذلك بتسعة عشر قرناً .

وقد كانت سورية في اوائل القرن التاسع عشر من ولايات السلطنة العثمانية . فكان يحكمها ولاية اترك كثيرأما كانوا يتنازعون مع السلطة المركزية في القسطنطينية . وفي السنة ١٨٣٢ غزاها ابراهيم باشا بن محمد علي الكبير . وبعد انسحاب الجيوش المصرية في السنة ١٨٤١ ، انتشرت القوضى وعم الاضطراب فيها . وكاد ان لا يكون فيها معهد للعلوم العالية . وكان السفر

شاقاً والتجارة ضعيفة ، وفي معظم أنحاء كانت العداوة القديمة تتأجج نازها بين الطوائف المختلفة . واما البلاد فكان الجانب الاعظم منها لا يزال في دور النظام الاقطاعي . فلم يكن اذن في العالم العربي ما يجذب الكنيسة الانجيلية في القرن الثامن عشر ، غير انه في العشر السنين الثانية من القرن التاسع عشر سرى في ولاية نيويورك وفي الولايات المجاورة لها انتشار ديني وحماسة تبشيرية ، فتقدم عدد كبير من الاشخاص الى مجلس الوكلاء الاميركي للرسليات الاجنبية متطوعين لنشر الديانة البروتستانتية في سورية . ويعود تاريخ المرسلية الاميركية في سورية الى السنة ١٨١٩ . حين اتى المبشران بليني فسك ولني بارسونس الى فلسطين . ولم تزد حياة فسك التبشيرية عن ست سنين قضى معظمها في مدينة يروت حيث توفي في تشرين الاول من السنة ١٨٢٥ ، فهو اذن اول مبشر اميركي في سورية .

وبقي البروتستانت المشيخيون الاميركيون يتعاونون مع الكنيسة الملية الانجيلية مدة طويلة قبل تأسيس المجلس المشيخي للرسليات الاجنبية في السنة ١٨٣٧ وبعدها . وفي السنة ١٨٧٠ تقلص البروتستانت العمل في اشرق بحسب مذاهبهم ، فعينت سورية للكنيسة المشيخية ، واستمرت الكنيسة الملية في ادارة مصالحها في تركيا ، واما فلسطين فاصبحت حقلاً تعمل فيه في الدرجة الاولى جمعية المرسلية الكنسية الانكليزية .

وفي ١٦ تشرين الاول ١٨٢٣ نزل الى البر في يروت القس ولیم يرد والقس ولیم غوريل فلقيا في البلاد من المقاومة وعدم الاستقرار ما جعلهما على مغادرتها بعد خمس سنين الى مالطه حيث كانت سبقت لجنة المرسليات

الاميركية فاست مطبعة لتستعين بها على نشر الكراويس والكتب التبشيرية الاميركية. غير انها عادا الى بيروت في السنة ١٨٣٠. وبعد ذلك بمدة قصيرة نقلت المطبعة المذكورة الى بيروت حيث لا تزال معروفة فيها الى الآن باسم المطبعة الاميركية.

وفي العقد الرابع من القرن التاسع عشر انضم الى المرسلية الانجيلية الاميركية في سورية عددٌ من الرجال الاعلام وهم :

جوفاس كينغ اللغوي

واسحق بيرد المؤرخ

والقس الدكتور ايلي صميث اول من تعمد ترجمة التوراة الى العربية والدكتور وليم م. تومسون المكتشف والمؤلف والدكتور كرنيليوس فاندريك ناقل العلوم الغربية الى اللغة العربية ومترجم التوراة والدكتور هنري دي فورست اول من اسس مدرسة داخلية للبنات والقس سيمون هكلهون الذي لقب بقديس جبل لبنان.

وفي ٣١ آذار ١٨٤٨ اسست في بيروت اول كنيسة انجيلية ، وفي السنين التالية اسس عددٌ من الكنائس الاخرى. وبعد ان انضمت المرسليات السورية بالكنيسة المشيخية ، نظمت هذه الكنائس في مجالس مشيخية فبلغ عدد الاعضاء المنتسبين الى كنائس المرسلية الاميركية في السنة ١٨٥٦ زهاء ثلاثة الاف شخص.

وفي ١٢ كانون الاول من السنة ١٨٥٥ اقطع من مرفأ بوسطن مركب شراعي محموله ثلاث مئة طن واسمه سلطانة. وكان يقل بين المسافرين فيه سبعة

من المرسلين منهم دانيال بلس وزوجته ، اللذان انبح لهما بعد ذلك ان يلعبا دوراً خطيراً في تأسيس الكلية السورية الانجيلية . ووطئت قدماهما ارض بيروت في ٧ شباط من السنة ١٨٥٦ .

وكانت مدارس التبشير الانجيلية قد بدىء بتأسيسها في بيروت في السنة ١٨٣٠ للبنين والبنات وفي السنة ١٨٤٦ اسس الدكتور كورنيليوس فاندريك كلية عبيه بمؤازرة بطرس البستاني . واسست المسز بولين تومسون مدرسة انكليزية للبنات في السنة ١٨٦٠ ، وفحت الكلية الاميركية الانجيلية للبنات ابوابها في السنة ١٨٦١ . وفضلاً عن ذلك اسست مدرسة اللاهوت بادارة ستوري هيرد .

الكلية السورية الانجيلية

طلما صبا المرسلون الاميركيون الى انشاء مؤسسة للتعليم العالي في سورية فبدأوا حوالي السنة ١٨٦٢ باعداد المدة لتأسيس كلية لفتها العربية وتناوب من شعبتين :

- (١) شعبة للعلوم والفنون : سنوات الدراسة فيها اربع ومنهاجا على طراز الكليات الاميركية وتمنح رتبة بكالوريوس علوم
- (٢) شعبة للطب والجراحة : سنوها اربع تؤهب بعد انقضاءها لثيل رتبة دكتور في الطب .

وبعد ان اتفق المرسلون على تسمية هذه المؤسسة بالكلية السورية

الانجليزية ، حينوا الدكتور دانيال بلس ليزور اميركا وبريطانيا المعظمى لبث الدعوة وجمع المال اللازم لتحقيق هذه الغاية . ومما نشره في هذا الصدد فريدريك جونز بلس في كتابه « تذكارات دانيال بلس » المطبوع في نيويورك السنة ١٩٢٠ ما يلي ،

« تنفيذاً لقرار المرسلية سافرت مع زوجتي واولادي الى الولايات المتحدة في ١٤ آب السنة ١٨٦٢ فبلغنا مدينة نيويورك في ١٧ ايلول . وبعد وصولنا بمدة قصيرة عقد الاجتماع السنوي لمجلس الوكلاء الاميركي للمرسلات الاجنبية في مدينة سبرينغفيلد من اعمال ولاية ماساتشوستس ، فدعيت الى الخطابة في موضوع قرار اتخذه المجلس المذكور بشأن تقوية المرسلات الاجنبية ، على ان يكون وليم دودج الخطيب الثاني . وبما انني كنت لم ازل بدمقسطي من الراحة بعد سفري الطويل من سورية ، فان دلائل التعب البادية علي كان من شأنها ان أثبتت للمستر ضودج ما كان يقال له من خطورة عمل المرسلين ، وعن ضرورة شد ازرهم في عملهم المرهق . وحين بدأ الكلام اظهر شدة تأثره من خطابي وقال « حينما كان اخونا الاصغر هذا آخذاً بالكلام بلغ مني التأثير مبلغاً عظيماً ، فلم يبق خيط واحد لم يبطله المرق من خيوط القميص على ظهري . ولم تكن نعرف المستر ضودج في ذلك الحين الا بالاسم فقط ولكنه تطفف فدعاني الي البشاء مع زوجتي في منزله . وجلس معنا الى المائدة المستر ضودج وزوجه وابنها القس د . ستورت ضودج وزوجه . وفي اثناء الطعام سأل المستر ضودج زوجتي اذا كنت عدت الى الولايات المتحدة طلباً للصحة ، فاكدت له زوجتي ان صحتي جيدة ، ثم

شرحت له بصورة عامة مشروع الكلية المزمع انشاؤها . وعلى اثر ذلك اشتركنا جميعاً في بحث المشروع وغاياته ووسائل تحقيقه . وقبل ان تهض عن الطعام قال المستر ضودج لابنه « يلوح لي باستيورت ان ذلك شيء حسن فملينا ان ننظر اليه » وجاءت الحوادث التالية مصداقاً لكلامه فان ينيوع الاحسان في قلب المستر ضودج اخذ معينه بالتدقيق . واقتضت منذ ذلك الحين طريق جديد لاعماله الجلية .

ونظمت الكلية السورية الانجليزية كمؤسسة مستقلة لا علاقة لها بالمرسلة السورية غير ان المرسلة كان لها عدد من الممثلين في مجلس وكلائها .

وبقي دانيال بلس ستين في الولايات المتحدة قطع في خلاهما ١٧٠٠٠ ميل والقي ٢٧٩ خطة . وزار عدداً كبيراً من الناس ، ولم يقم بزيارة امرته الخاصة الا بعد ان تمكن من جمع مئة الف دولار للكلية . ومما لا يكاد يصدق ان نيل البرامة وجمع المال حدثاً في ايام الحرب الأهلية المعصية حين فقد الدولار الاميركي قيمته الاولى . ولكي لا ينفق الدكتور بلس ما جمعه باقل من قيمته اجبر على السفر الى انكلترا حيث جمع مبلغاً احتياطياً من المال بالجنيه الاسترليني . ولبت يستعمل هذا المال للقيام بنفقات الكلية الى ان استعاد الدولار قيمته الاصلية (١)

وكانت الكلية الى السنة ١٨٧٣ عبارة عن بنائين حقيرتين الحق بهما يتناز صغيران حيث جعلت عيادة خارجية ومستشفى متألف من ثلاثة او اربعة اسرة . غير انها نقات في السنة ١٨٧٣ الى مكانها الحالي .

(١) يرد دودج في مجلة الكلية مجلد ٤ رقم ١ عن بيروت السنة ١٩٣٦

وافتحت شعبة العلوم والفنون في السنة ١٨٦٦ فكان عدد الطلاب الذين سجلوا اسماءهم ١٦ طالباً . اما شعبة الطب فافتحت في السنة التالية : وقال الدكتور بلس في حفلة وضع الحجر الاساسي للبنية المركزية في السنة ١٨٧١ ما يلي :

« ان هذه الكلية لعموم الناس من جميع الحالات والطبقات . بدون النظر الى اللون او القوميه او الجنس او الدين . فالشخص ايض كان او اسود او اصفر ، مسيحياً كان أو يهودياً او مسلماً او وثنياً يستطيع دخولها والتمتع بفوائدها ، ثم يخرج منها مؤمناً بالله واحد ، او بعدة آلهة او غير مؤمن بالله البتة . الا انه من الحال لاي كان ان يطول بقاؤه بيتنا ، بدون ان يعرف ما نعتقد صدقاً ، وان يعلم ما هي الاسباب التي تحملنا على ذلك الاعتقاد »

ثم ان هذه المؤسسة التي بدأت باسم الكلية السورية الانجيلية في الايام الاولى للحرب الاهلية اصبحت تسمى الجامعة الاميركية في بيروت بعد انتهاء الحرب العالمية بمدة قليلة . اذ ان اسمها الاول لم يعد يصدق عليها ، فهي لم تبق مؤسسة سورية ، اذ ان طلابها اصبخوا مختلفي القوميات مما لا تجد له مثيلاً في العالم كافة . فقد سجل فيها اربعون قومية تتمثل فيها بلدان الشرقين الادنى والاوسط ، واميركا الشمالية والجنوبية واوروبا . ولم يعد بالامكان عدها انجيلية لان طلابها واساتذتها اصبخوا ينتسبون الى كل نحلة في تلك البلاد القريبة والواقعة ان نصف عدد الطلاب الذين يواظبون على هذه الجامعة اليوم هم مسلمون . ولم يعد مستطاعاً تسميتها بالكلية لانها فضلاً عن

مدرسة الآداب والفنون ، أصبحت تشتمل على فروع راقية للطب والصيدلة وطب الاسنان والتمريض وعلى شعب الهندسة والتجارة والموسيقى والحقت بالجامعة منذ حين مدرسة اللاهوت للشرق الاذن ، وكلية البنات في بيروت والكلية الدولية وعليه فان النرف الخمس الاولى المأجورة تمحوت الى ارض تبلغ مساحتها الثلاثين هكتاراً تقوم عليها اثنتان واربعون بناية . واما فئة المعلمين الاربعة عشر فقد غدت هيئة تعليمية عددها ٢٨٠ بين رجل وامرأة والطلاب الستة عشرة اصبحوا زهاء الف وخمسمائة . واما اموالها التي كانت مئة الف دولار متدهور فقد عادت وقفية تبلغ الخمسة الملايين . وفي السنة ١٩٠٣ خلف هوزردس بلس ابيه الكبير فاضبح الرئيس الثاني للجامعة وخلفت ابنته ماري بلس والدتها حين اصبحت زوجة بايرد ضدوج الرئيس الثالث . وعليه فان في مدة ثلاث وسبعين سنة لم يكن للجامعة غير ثلاثة رؤساء . وكان الرجل الاول الذي علم الجراحة في مدرسة الطب الحديثة المهد

جورج ادورد بوست الذي انضم الى هيئة التعليم في السنة ١٨٦٧

ولد صاحب السيرة في مدينة نيويورك في ١٧ كانون الاول السنة ١٨٣٨ . وكان ابوه الدكتور الفريد بوست الجراح الشهير استاذاً للجراحة في كلية الطب بنيويورك . ويعود نسبه الى ريشارد بوست الذي انتقل من مدينة لين من اعمال ماساتشوستس ، واقام في هامبتون الجنوبية في لونغ ايلند السنة ١٦٤٠ . واما والدة جورج بوست فكانت هاريت بيرز .

وكان جورج بوست طالباً نجيحاً في حدائته وبدأ بدراسة اللاتينية في السنة السادسة من عمره . وكان وهو صبي كثير المطالمة فصيح الكلام

وعزم في اوائل صباه ان يكون مرسلًا وحين بلغ الخامسة عشرة من العمر وطد عزمه على وقف حياته على المرسليات الطبية ، ولكن هذا العزم بقي عدداً من السنين سرّاً لا يبوح به لأحد من الناس .

وفي السنة ١٨٥٤ أنهى دروسه العلمية فنال شهادة بكلوريوس علوم من الدرجة العالية وهو لا يزال في السادسة عشرة ، من المعهد الذي كان يسمى قديماً بالجمع العلمي الحر واصبح الآن يعرف بكلية مدينة نيويورك وحاز لقب معلم علوم بعد ذلك بثلاث سنوات ، وفي السنة التالية دخل مدرسة اللاهوت الاتحادية فأتم دروسها كافة . وكما كانت المادة في ذلك العهد ، فانه بدأ بدراسة الطلب وهو لا يزال عاكفاً على دروسه اللاهوتية ، فنال شهادة الطب من كلية الطب في جامعة نيويورك في السنة ١٨٦٠ . وسامه قساً للجمع المشيخي الرابع في نيويورك في ٥ كانون الثاني السنة ١٨٦١

وخدم الدكتور بوست من السنة ١٨٦٢ - ١٨٦٣ كقسٍ عسكري في الفرقة الخامسة عشرة من متطوعي نيويورك ، وفي الوقت نفسه كان يماون كجراح وكثيراً ما كان يقذف بنفسه الى خطوط النار ليستخرج الرصاص من اجسام الجرحى . وكان من عادته ان يرفع على خيمته علماً خاصاً ذا لون ازرق وعليه كلمه (Bethel) بحروف بيض ، ليدعوا بواسطته الجنود من مختلف المذاهب . ويروى عنه انه كان يبنى بصورة خاصة بمنع المسكرات بين الجنود . وتمكن في غضون السنتين اللتين خدماه في الحرب الاهلية من الدرس في كلية طب الاسنان في بلتي مور فنال منها في السنة ١٨٦٣ شهادة دكتور في جراحة الاسنان .

وارسل مجلس الوكلاء الاميركي للرسليات الاجنبية . الدكتور بوست الى سورية كطبيب مرسل في ٢٨ تشرين الثاني السنة ١٨٦٣ فاقام في طرابلس وبدأ على الفور عمل التطبيب ودراسة اللغة العربية . ومما لا ريب فيه ان القليلين من الاجانب الذين يأتون سورية وهم كبار ، ترسخ قدمهم في العربية ويتكثرون من الفاظها وتمايرها ويحسنون التلفظ بها . على ان الدكتور بوست كان احد هذا النفر القليل ، فاعاد اللغة العربية عناية خاصة وعكف بجهد على تعلم الكلام العامي واللغة الفصحى مع ما تشتمل عليه هذه من القواعد النحوية العويصة ، فاصاب منها القدر المأمول . ومعلوم ان الاتصال في ذلك العصر بين مدينة واخرى كان اقل من الآن ، ومع ان اللغة العامة هي واحدة في البلاد السورية ، فان لهجات التكلم بها تختلف اختلافاً ينافي الناحية الواحدة من البلاد ، عما هي عليه في الناحية الاخرى فلم يكن اذن بد للدكتور بوست من اقتباس اللهجة الطرابلسية . ومع انه اقام مدة قصيرة في طرابلس فان اثر لهجتها الخاص به بقي في كلامه زمناً طويلاً بعد ان تركها ، واقام نهائياً في مدينة بيروت . وكانت مدة اقامته في طرابلس خمس سنوات سافر على اثرها الى الولايات المتحدة لسوء صحته . وفي السنة التالية عين استاذاً للجراحة وعلم النبات في الكلية السورية الانجيلية في بيروت وظاهر ان تعليم الطب والجراحة متعذر بدون مستشفى . فاستوَجَر بيت صغير مجاور وجمعت فيه عيادة خارجية يومية ليصبح بالامكان اعطاء دروس سريرية . ووضعت بعض اسرة في غرفتين او ثلاث من غرف البيت نفسه ، فاصبح من طاعة قبول عدد محدود من المرضى الداخليين اما لاجراء

عملية جراحية او لتسهيل درس مرضهم واجراء المداواة الناجمة . وفي هذه الحوادث كان الطلاب يتناوبون العمل في التمريض موقتاً بانتظار تأسيس مستشفى يكون حسن التجهيز فيجد فيه المرضى جميع اسباب الراحة .

واتفق في تلك القصور ان اسس فرسان القديس يوحنا في بقعة ممتازة واقعة قرب الجانب الغربي من مدينة بيروت مستشفى منسجماً جميل البنيان وكان ذلك بعد السنة ١٨٦٠ ، وكانت الرئيسة والمرضات في هذا المستشفى الذي اشتهر بعد ذلك باسم المستشفى البروسياني راهبات المانيات تابعات لجمعية الاخوية القيسرية ، وطيبه الماني اسمه الدكتور لورانج ، وكان نسب هذا الاخير يعود الى الهوجنوت الفرنسيين الذين هاجروا الى المانيا بعد الغاء منشور فانت . ولم يطل الامد حتى نشب الخلاف بين الطيب والراهبات فادفعت الشكوى من الفريقين ولكن جمعية الفرسان اخذت بتناصر الراهبات فارغم الدكتور لورانج على الاستقالة من المستشفى .

فاغتمت الكلية السورية الانجيلية هذه الفرصة السانحة واقترحت على فرسان القديس يوحنا تقديم الخدمة الطبية اللازمة للمستشفى مجاناً ، ومقابل ذلك تنال حق استعمال قاعاته وعياداته في تعليم طلاب الطب . وما ان رضي الفرسان بهذا الاقتراح مبدئياً حتى اوسل الدكتور بوس الى برلين بالنيابة عن الكلية ليفاوض الفرسان بغية الوصول الى اتفاق نهائي على جميع التفاصيل المتعلقة بهذا الشأن . فتم ذلك بمدة قصيرة ولبت الاتفاق معمولا به الى ان خاضت ابركة الحرب العامة الى جانب الحلفاء في السنة ١٩١٦ .

« البحث تنبة »

الشباب والاشباب

١١٠

ضرر الاشربة الروحية (١)

للمعلم شوكة موفق التلي

ان هذا الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه من قسمته
 عدة اقسام وتخصيص كل قسم منها بمحاضرة خاصة دون ان يفقه حق من
 الاتقان لان من نظر الى الخمر واضرارها تمثلت امامه في الحياة مشاهد
 يجدر بكل منا ان يتخذها عبرة لنفسه وان يطبعها في مخيلته ليمتظ بها محتجباً
 الخمر وتأثيرها اجتناب الاقمة ولست احاول ان امثل امامكم
 هذه المشاهد جميعها والوقت لا يفسح لمثل هذا الاسهاب بل غاييتي وقدعين
 لي الموضوع الذي اتكلم فيه ان اضم هذه الرسوم بعضها الى بعض لأريكم
 فعل الاشربة الروحية الضار، غاييتي ان اجمع هذه الزهرات الكريهة
 الرائحة واؤلف منها باقة لا لا قدمها لكم بل لأريكم اياها عن بعد فيتحقق كل
 منكم سماجتاً ويشتم رائحتها التنت الكريهة فيسمى الى ابعادها عنه ما استطاع
 قلت ان الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه ان يلججه من
 ابوابه المختلفة يستطيع الطبيب ان يجول فيه من الوجهة الطبية العرفية. ولو كان
 المقام الذي اتكلم فيه نادياً طيباً لكنت حصرت كلامي في هذه الوجهة فقط

(١) تنقل هذا البحث عن الزميل الفاضل مرشد بك خاطر فقد جاء فيه ميئاً ضرر
 الاشربة الزوجة بما سلوب رائع جمع فيه بين العلم والاعمال .

وينت ما لكحول من الضرر في جسد الانسان وظهرت بالمقاطع والرسوم التشريحية المرضية تأثيره في نسج الاعضاء النائرة وتبدله لها واقلافه اياها حسبما تبدو بالمكبرات التي ترينا حقائق كانت غامضة لا تدركها أعيننا المجردة قبل ان كشفها العلم .

ويستطيع عالم الاجتماع ان يحول فيه جولة جميلة مينااً اضراره القاحلة من الوجهة الاجتماعية ومقابلاً الشعوب التي تعاقب الحرة بالشعوب التي تنهاها عاداتها او اديانها او حكوماتها عن معاقبتها ومعصياً الجرائم في كل بلد من هذه البلدان فيكون درسه هذا امثلة جزيلة الفائدة يجدر بكل شخص ان يسيا وعبرة لمن لا يزالون يتقنون بفائدة الحرة وافعين عقيرتهم بالدفاع عنها .

ثم كان يتطرق في بحثه الى درس اخلاق تلك الشعوب قبل تفشي عادة الاشربة الروحية فيهم وبعدها فيبين سمو تلك الاخلاق وترفعها عن الدنايا حينما كانت تلك الشعوب لا تعرف سوى الماء الزلال شراباً لها وانحطاط تلك الاخلاق بعد ان اتخذوا الخمر لمطشهم منعاً ولنفسهم نديماً مظهراً بالارقام ضرر الحرة وحائناً على اجتنابها .

ويستطيع عالم الاقتصاد ان يبحث في الامر بحثاً اقتصادياً جليل الفائدة مظهراً ضرر الحرة في اقتصاديات الافراد والشعوب وميناً ان ثروة بعض البلدان التي تجر بهذه الاشربة قد دّ عليها الارباح الطائلة لا تقاس بخراب البلدان الاخرى التي تستورد تلك السموم القاتلة وتنفقها ولست اظنكم تنكرون ضرر هذه الاشربة من الوجهة الاقتصادية فما على كل منكم الا ان يمثل العالم بيته الصغير الذي عهد اليه بادارة دفته فيري ان النفقات التي

يصرفها في سبيل الاثرية اذا كان ممن يدمونها او ممن يقدمونها تنيف على نفقات الطعام ولا سيما في هذا العصر الذي كثرت به اسماء هذه الاثرية وانواعها فاستغثت به البلدان التي تتجر بهذه السموم فرصة اقبالنا على صادراتها فنفعتنا في كل يوم بعشرات من الاثرية الجديدة التي لا تختلف عما تقدمها الا بكونها اشد تسميةً واكثر فتكاً .

وعلماء الاقتصاد ايها السادة ينظرون الى كل صغيرة في هذه الحياة ولا يهلونها فاذا عهد اليهم بحث كهذا نظروا في جميع دقائقه فبينوا لنا ان الحجرة مضره من الوجهة الاقتصادية لا بالمال الذي تنفقه ثمناً لها فحسب بل بنقص قوة الانتاج الذي يجهم من تعاطيها أو بعبارة اخرى ان العامل الذي يتعاطى الحجرة يصرف قسماً كبيراً من اوقاته وليست كلها من اوقات الفراغ متلذذاً بها وكثيراً ما يدعو اصدقائه وازواجه الى معاقرتها معاً فيبدد بمله وقتاً لو صرف لعمل منتج لكان افاد او تلك الافراد فائدة كبيرة في اقتضاياتهم ولكان افاد البلاد التي يقطنونها ايضاً واذا اضفنا الى ذلك عجز متعاطي الحجرة عن القيام باعمال كان قادراً على القيام بها قبل تعوده اياها لانحطاط قوى جسده تبين لنا حينئذٍ ضرر الحجرة الجسيم من الوجهة الاقتصادية .

ويمكن علماء الامراض الروحية من الجولة في هذا الموضوع جولة جميلة كبيرة الفائدة لانهم يمثلون لنا فعل هذا السائل الذي يرسله الانسان الى المعدة فيصمد الى الدماغ ويبلبل فيه جميع وظائفه الحية من حس وحركة وقوى عاقلة ويدرسون اماننا كثرة الامراض العقلية في البلدان التي تكثر فيها صرفيات هذا السم القتال وخفتها في البلدان التي تحرّم فيها هذه الاثرية

فيكون درسم لذيداً مفيداً .

يتضح من ذلك ان الموضوع رحب متسع الاطراف وان الوجهة الواحدة التي يختارها الباحث تستوقفه ساعة بل ساعات دون ان يفها حقها وغايتي بمد هذه المقدمة التي يثبت فيها اهمية الموضوع ان اصنع مزيجاً تدخل في تركيبه عناصر هذه الابحاث المختلفة وان اجمل العنصر المتقلب فيه اضرار الجسد كيف لا والمتكلم طيب يلصقها بالعلم الذي خصص نفسه به ويستطيع البحث فيها باختصار ودقة

ضرر السكرات بالجسد : ينحصر هذا الضرر في كلمة واحدة وهي التسمم اذن السكر يسمى الجسد وليس في هذه الكلمة اقل غلو لان هذا السم قتال تفوق قوته المسممة كثيراً من المواد السامة التي لا يجوز يمسها الا في الصيدليات ومخازن الادوية مع ان هذا السم مباح بعه مباحة مماقرته علناً للفرد والجماعات .

وهذا القسم نوعان قسم حاد وتسمم مزمن ونعني بالقسم الحاد السكر اجل السكر وما اشد هذه الكلمة وطأة على النفوس واثقلها على العقول لان السكر هو فقد الصفات التي يتصف بها الانسان هو خسارة تلك الصفة السامية التي ميز بها الله الانسان عن جميع الحيوانات اعني بها العقل يفقد السكران اذن عقله فيموت حيواناً بكل ما في الكلمة من معنى لا يختلف في شيء عن الحيوانات العجم سوى بوهن قواه الجسدية لان هذه اذا لم تنصف بالعقل فان لها من قوتها الجسدية ما يعيدها كبيرة النفع . رأى معظمكم السكران الثمل وابصروا بيوتهم اخاهم في البشرية وقد انحط من

الدرجة السامية التي وضعه فيها الخالق الى ذلك الدرك السفلي الذي جعلته فيها الحرمة .

رأوه في دور تنبيه وقد جاشت قوى عقله وجسده .

ابصره وقد احتقن وجهه فكاد الدم يتفجر من وجتيه وقد جعلت عيناه ولما فكادتا تخرجان من وقبيهما كأنهما سراجان متقدان .

رأوه وقد اشتدت قوى عضلاته واقطع اللجام الذي يلجمها اعني به لجام العقل فاتقصر على هذا يذيقه من الضرب الواف ويصنع ذلك فيريه النجوم في رابعة النهار ويمض هذا باستانه وانيابه مخدشاً جلده ومهشماً جسده .

رأوه وقد انطلق لسانه فاسمع مستمعه من الكلمات البذيئة ما يندى له الجبين خجلاً وتحمر له الوجنت حياء .

رأوه لا يضع لكلامه حداً يحطم الهياكل ويدك المابدي ويسقط الحكومات ويثل العروش ويرمي بالتيجان الى الحضيض وينصب لنفسه عرشاً داعياً الناس الى عبادته والخضوع لشخصه الفريد واسمه الكريم .

رأوه وقد تغلبت عليه العاطفة فتأثرها في نفسه فبكى حيث لا مجال للبكاء وذرف الدمع سخياً حيث لا داعي الى ذرف الدموع وفرح حيث لا مكان للفرح فاضحك وابكى وذكر الجحيم والتعيم واستمرض جيوش الموتى منذ أب الخليقة حتى ذلك اليوم المشؤوم الذي شرب الحرمة فيه .

رأوه وقد دبت الحرمة ديبها في خلايا دماغه وتبلبل نطقه بعد تلك القفاحة وتشوش لسانه بعد تلك الزلافة واضطرب سياق افكاره بعد تلك السلاسة اذا اراد التعبير ارتعش لسانه في فيه او اراد الالغاء ارتجفت

يداه دون الغاية التي يرمي اليها او اراد الاشارة برأسه انحنى رأسه الى الامام او الى الوراء كأنه لا يملك قياده وهو بالحقيقة لا يملك ذلك القياد .
 رأوه وقد خاتته الارادة يتكلم عن ماضيه وحاضره ويكشف اسراره
 وقد كان يحافظ عليها اشد الحفاظ ويحاجر بمواقفه الغرامية وقد كان المحتشم
 الرزين ويسرد الاسماء وقد كان المتكتم الرصين .

....

ثم رأوه في دور خموده ضعيفاً بعد التنزه وجباناً بعد الاستشهاد وقد
 ذبلت عيناه المتقدتان واسترخت قدماه الشيطانان يترنح في مشيته ويتأيل في
 خطواته يسير يمنة ويسرة بعد ان فقد الموازنة لتسم خلايا بصلته يتمسك بمن
 يصادفه مجتنباً الوقوع بعد ذلك الجبروت والمظمة ويستند الى جدران المنازل
 بعد تلك القوة ، اللعاب يسيل غزيراً من فمه والدمع ينهمر من عينيه والرق
 البارد يبلل جبينه والشحوب يملو وجنتيه . ولا يلبث ان تخور قواه فيهوي
 الى الحضيض على غير هدى مفترشاً الارض وملتحفاً السماء ويفقد شعوره
 وتمحي حسياته وتسترخي مصراته فيبلل اثوابه بمفرزاته القذرة ويتشوش
 تنفسه ويسرع قلبه وتتوتر شرايينه وتتفخج أودجه وتهبط حرارته ويبقى
 بين الحياة والموت مدة من الزمن ريثما يفرز هذا السم القتال من جسده
 وتحرر خلايا دماغه من فعل هذا الضيف الثقيل فيستعيد قواه التي بددها
 وملكانه العقلية التي فقدها ويبقى بضعة ايام منهكاً تعباً .

هذا هو مشهد السكران في دوزي تنبهه وخوله ولست ادرى نفسي
 فضولياً في رسمه لاني ارغب في ان يتطبع هذا المشهد الرابع في الادمغة واود

ان يبقى مائلاً امام الاعمين لذكر العاقل اذا ما حدثته النفس الامارة بالسوء وحيث اليه الكحول المصير الذي يعير اليه السكير والدرك السفلي الذي يزرع نفسه فيه .

غير ان هذا المشهد الرابع الذي هالنا النظر اليه هنية من الزمن هذا التسمم الحاد الذي شل حركة الجسد وأخذ قوى النفس وادنى الانسان العاقل من الهيمة العجاء ليس شيئاً بأزاء التسمم المزمن الذي يفعله الكحول في جسد الانسان لان هذا التسمم سريع الزوال يتقلص ظله متى افرز الكحول من الجسد ويعمى اثره متى جدت الرئة والكلية في ا فراغ هذا السم الزعاف والقائه غير ان التسمم المزمن الذي يفعل فعله البطيء هذا التسمم الذي لا يؤدي ظاهراً هذه الاذية الشديدة لانه لا يلقي الانسان في حالة السكر التام هذا التسمم يخرب في كل يوم مئات الالوف من الخلايا الشريفة النشيطة في جسدنا الحي مريضاً عنها بخلايا ضامة صلبة ويهدم اعضاؤها الرئيسة ويدنينا من الشيفوخة الباكورة والموت السريع ونحن لاهون .

واذا كان التسمم المزمن لا يمثل في معظم الحالات الا بمشاهد خفية لا يدركها غير الطبيب ولا تصح ان تكون امثلة تملى على الشعب ليتنظ بها ويمتبر فانه يشذ عن هذه القاعدة في بعض الاحيان فيبدي الكحوليين بمشاهد مؤثرة تدمي لها القلوب وتوجس لها النفوس واقول الكحوليين لا السكيرين لاتي اعني بهم تلك الفئة التي تشرب من الاشربة الكحولية ما لا يصل بها الى درجة السكر ولكنها لا تترك يوماً واحداً الا وتتناول فيه تلك الجرعة المقتنة وتسمم به ذلك الجسد الذي لم يكبد فرغ ما دخله

في الامس حتى اتاه اليوم بكمية جديدة يجدد في مكافئها وافرأها اولئك قوم يتعرون وهم جاهلون ، قوم يفاخرون بانهم لا يسكرون ولا يربدون ، وكل عضو من اعضائهم الرئيسة يصيح ويضج من هول ما يفعلون ، قوم يتباهون بحفاظتهم على القواعد الصحية في شربهم للكحول لانهم يحسنون منه التزور القليل المشهي وهم في ضلال مبين يسمون خلايا دماغهم وكبدهم و كليتهم وشرايينهم وقلبيهم وكل عضو من اعضائهم وهم يتقدون انهم يحسنون الى انفسهم. ان هؤلاء لا شدة ضرراً في البشرية من السكيرين لانهم يباهون بعملهم والسكير يخجل بفعلته ويتوارى عن الاعين حياة وخجلاً، هم يرشدون سواهم الى طريقهم الذي يظنونهم مستقيماً سواً وذاك يخجل بالمجاهرة بالدعوة الى السكر فهم اشد ضرراً بالاجتمع وبانفسهم لان سمهم الذي يرسقونه في اجسادهم يفعل مع مرور الزمن ما لا تفعله سكرة بل سكرات .

السكر عاصفة تمر بالجسد وقلما تؤذيه اذية لا استطاع اصلاحها لان الوقت يفسح له للدفاع وترميم ما اتلف فيه وادمان الخمر دودة تختر جسد الشاب فلا يلبث ان ينهار ويندك .

ولا تظنوا ايها السادة اني اجنح الى القلو في كلامي لاني هذا اسببت في تذييل ادمان الخمر فلن المبلغ الدرجة التي تستحقها هذه المادة .

انظروا الى ذاك الرجل وقد شحم بدنه واحتقن وجهه لاقل تأثر وتوسعت العروق الشعرية في وجنتيه وارتعش صواراه اي ملتقيا شفتيه ارتعاشات ليفية وجف جلده وتوسف وشحب. انظروا اليه وقد نهض من فراشه صباحاً ولم يكذباً الارض بقدميه حتى اخذه الثنيان وشرب دوار

وحصر شديد لا يطلق واذا به يركض مسرعاً الى دنو فيتي فيه قياه قد يكون بدون عناء او جهد ويقذف من فيه مادة مخاطية بيضاء خائطة لزجة تكاد تكون شفافة او خضراء شديدة المرات ثم تأخذه نوبة سعال ويحفن وجهه وعينه .

فإذا اعتراه وما حل به انه يذمن الحرة منذ زمن مديد وما هذا الا المخطي صباحاً الا عرض من امراض الانسحاب المزمن .

انظروا الى آخر وقد اعترته ارتعاشات حين نهوضه من النوم فارتجفت يداه وشفاه ووجهه ولسانه وتشوش كلامه انظروا اليه وقد أخذه الدوار وتشوش رؤيته فغلب اليه ان ما حوله من الاشياء يدور وان سحابة تغشي عينيه .

انظروا اليه وقد شكاً غملاً ومذلاً وممماً ونحس احتراق ولا سيما في طرفه السفليين .

انظروه يتقلب في فراشه كأنه قد افترش النار لأن هذه العوارض قد اشتدت عليه فحرته الكرى وسرقت من عينه النوم انظروه وقد تمثلت امام عينيه تهويل ومشاهد مخيفة رابعة، اشباح تحيط به وحيوانات مفترسة تنقض عليه لتمزقه بمخالبها ومعارك قد احتدم لظاها وهوات سحابة لا يعرف قرارها قد اتفتحت امامه ولا يجد الى الافلات منها سبيلاً .

هذا المشهد المؤثر هو مشهد الكحول الذي ادمن الكحول وعاهد احدهما الآخر ان يبقيا متضامنين متحابين حتى النهاية انه لمب أعمى هذا الحب الذي يضحي به المحب بنفسه فداء حبيب ولكنه حب جنوني لان هذه

التضحية لا تفيد ذلك الحبيب بل يضحى بها العاشق وهزأ المشوق .
ولا تظنوا ايها السادة ان هذا المشهد هو المشهد القرد الذي يمثله الكحول
انه يمثل مشاهد اخرى تبين لنا بجلاء فعل هذه العلة في الاعضاء الرئيسة
جميعها ولست ادرغ ان اسهب في هذا البحث لان تمثيل هذه المشاهد
يستغرق وقتاً ليس بالقليل ولكنني اكتفي بمرض مشهدين يبينان لكم فظاعة
فعل الكحول .

ترون شاباً في زهرة الحياة في الخامسة والعشرين من عمره ممثلاً نشاطاً
متورد الوجتين قد حشا دماغه علوماً وقال احدى شهادات المدارس العالية
يشغل ليلاً ونهاراً وهو لا يعرف للتعب اسماً ، يمارس الالعاب الرياضية ويفتح
عينه على جنة هذا العالم فيراها وروداً مفتشاً فيها عن وردة لطيفة المنظر
شذية الرائحة يشمها ويختارها ويتقطّعها ، كله آمال بالمستقبل يضع الخطط
ويعد المعدات بلوغ المقامات السامية .

انظروه في الخامسة والثلاثين بعد ان مرت عليه عشر من السنوات فقط
في تلك السن التي يبلغ فيها الجسد اشد قوته والعقل اسمى مرتبته واذا به
محتمق الوجه مزرقه يلهث اذا صعد سلماً فيضطر الى الاستراحة مرتين او
ثلاث مرات قبل ان يبلغ اعلاها يجلس الى مكتبه ليطلع مؤلفاً جديداً
فيعتبره صداع شديد ويتشوش نظره فيترك كتابه وينطح على كرسي
طويل محققاً عنه . يتناول طعامه عند الظهر فاذا به قد ازرق يده وعلائقه
لون بنفسجي واسرع تنفسه وازدادت دقات قلبه ومذلت يده ونملت قدماه
يأوي الى فراشه مساء لينام مؤملاً ان يلاقى الراحة في السرير وان يستعيد

القوة التي افقده اياها ذلك النهار المضطرب فاذا بالاضطرابات قد اقضت مضجعه اذا به لا يستطيع الاضطجاع لان نفسه يضيق ولان الاختناق يهدده اذا ما اخذ وضعة افقية فينهض وقد هاله ما هو فيه وينمض عينيه متطلباً الراحة وهو جالس متمنياً ان ينام ساعة واحدة وهو في هذه الوضعة القلقة فلا يجد للنوم سبيلاً ، بعد ساعات ليله وكلما مرت ساعة يؤمل ان تكون الثانية اشد راحة به من اختها فيرى الساعات جميعها على وتيرة واحدة يدبر لحاظه في تلك الرفقة لعله يجد من يسليه بحديثه المذب فلا يجد سوى الجدران الاربعة ينهض من فراشه ويذهب الى غرفة والدته التي تضع فيه كل آمالها مؤملاً ان يخفف حديثها كربته وقلقه فيجدها غارقة في بحر النوم الهادىء وهي قد بلغت عتبة الستين ، هي ساكنة هادئة وهو مضطرب ، هي نائمة ملء عينها وهو قلق يعمود الى غرفته . وقد ساورته افكار الانحار غير انه يقف مذعوراً بازاء الموت وترتد فرائسه واذا بالعجز قد انبثق واذا بالطبيب قد استدعى فما الذي اصاب شابنا النشيط ؟ اصابه التهاب في عضلة قلبه وتصلب فيها وما سبب ذلك التصلب الا ادمان الكحول . وهل تشفى علته ؟ ربما تخف وطأتها اذا لم يذق شراباً مسكراً بعد الآن غير ان الامر مشكوك فيه .

هذا مشهد كثير الحدوث يراه الطبيب في كل يوم ، يرى اولئك الشبان وقد صلبت عضلة قلوبهم ولا يجد لصلابتها معللاً من الامراض سوى الكحول فيا لمزل هذه المادة ويا لعظامة هذه العادة القبيحة .

هناك رجل آخر لم تدس قدمه عتبة الاربعين حتى اتسجت قدماء وانفضت واخذ بطنه بالامتلاء فظن ما به صحة وعافية غير انه لم يلبث ان اعترته آلام

فيه حرمة لذة النوم واقضت مضجعه تراقبها اقبال صفراوية ونوب حمى
مقطعة وضيق نفس وازرقاق في الوجه والاطراف وحصر وقلق واضطراب
فما الذي اعتراه وهو لم يكن يشكو ألماً منذ بضع سنوات ولا يدفع للرض
جزية انه اصيب بكبحة الكبد او تصلبها اذا شتم فضخمت وآلمت واختلت
وظائفها الكبيرة العجيبة التي وقف الانسان حاراً معجباً بحكمة الخالق
وقدرته اذا ما تأمل فيها، اجل اختلت في كبده وظيفة افراز الصفراء فلم تعد
تبعث بهذه المادة المعدة لهضم المواد الشحمية الى الامعاء فاختل انضمامها
واختلرت، اختلت في كبده وظيفة تعديل السموم فلم تعد السموم الغذائية
تجد في ذلك المعمل الكيماوي العجيب ذلك البواب الساهر النشط الذي
يقف فيه جميع ما يرد على الجسد من المواد السامة ليعدها مانعاً ايها عن
الانصباب في الدورة الدموية وسمّ البدن اختلت في كبده وظيفة الافراز
الداخلي العجيبة التي تبعث بهذا المفرد الغريب فتعمل به فعلاً لم يكن الطب
يدرك كنهه قبل بضع عشرات من السنوات كل هذا قد اختل وتبلبل
وتشوش لان الكحول قد آذى خلية الكبد وانتلقها ولان الخلايا
الضامة قد حلت محلها فصلبت الكبد وضخمت

انه اصيب عدا هذا بالتهاب الكلية الكحولي فصلبت كليته وتشوشت
تلك المصفاة العجيبة في صنمها التي يمجّد العلماء في النسيج على منوالها فيعودون
خاسئين وما ذلك الا لان تلك المصفاة حية تمر بها المواد المضرة من الدم فتبقى
ولا تجتازها المواد النافعة للبدن ولان مصفاتهم لا حياة فيها، قد تمزقت تلك
المصفاة قد انتلقها الكحول فسامت وظيفتها وانحبست المواد السامة في الدم فسمّ

هذا مشهد ثانٍ من فظائع الكحول واتي اضرب صفحاً عما يمثله الكحول في جسد الانسان من المشاهد الاخرى . غير أنني اقول باختصار انه ما من عضو في جسدنا الا ولبية الكحول ويؤذيه ولا سيما الخلايا العصبية خلايا الدماغ والبصلة والنخاع الشوكي والاعصاب المحيطة هذه الخلايا اللطيفة في نسيجها الدقيقة في بنائها انها تتأذى تأذى كبيراً وتتلف وتصاب بالالتهابات التي لا حيلة للطب فيها متى ادمن الشخص الكحول وان المشاهد التي تنجم من التهابها فظيمة تقشر لحوها الابدان غير ان الوقت لا ينفسح لي لتبليها امامكم واطلاصكم عليها .

الكحول يؤذي الشرايين المرة فيصلبها ويملي التوتر الشرياني فيختل نظام الدوران وتعود تلك الشرايين سريعة المطب فتتمزق ويحدث النزف فاذا وقع في الدماغ كان الفالج ، واذا غرر النزف كان السبات فالموت .

الكحول يؤذي الغدد ذات الافراغ الداخلي : (الحصى والغدة الدرقية والنخامية والكظر والغدة الصنوبرية) التي تدير عمل الاعضاء الرئيسية وتنظم حركتها فان هذه الغدد تنظم حركة القلب وتوسع الشرايين وانقباضها وترأس حركة التغذية في الجسد وتجدد الشباب فاذا ما آذى الكحول هذه الغدد وهو يؤذيها الاذية الشديدة اختل نظام الجسد جميعه وتبلى هذا الكيان العجيب وكانت الشيخوخة الباكرة فالموت عاجل .

كل هذا يفعله الكحول واكثر الناس مولعون به مباحون بشربه ولو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب نفسه لخصت البلية فان الشخص ولو لم تجز له القوانين المدنية التصرف بجسده كيف شاء فانها قد اجازت له ان يؤذيه

اذية مستترة بتعاطي بعض السموم ومنها الكحول عدا بعض الحكومات التي منعتها فلاقت من منمها فوائد كبيرة لا يستطيع حصرها .

قلت لو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب فقط لكان الامر غير ان فعله يتجاوز الشرب الى نسله وهذه هي الجناية التي لا تغتفر ان الشرب يلقي في البشرية اولاداً قد وصمت جباههم برذيلة آباءهم يترك اولاداً نحلي الاجسام هازلين مدقنين مسلولين مصابين بامراض الجسد الغريبة العجيبة يترك اولاداً خاملين العقل مشوشين الادراك بلأ غثلي الاعصاب مصروعين مهروعين ميالين الى اقتراف الشرور والموبقات متجهين كأبائهم الى معاورة الاشربة السكحولية يلقي بهم في هذه البشرية عالة عليها ويؤخر بعمله سير هذا المجتمع عن الرقي . ان هذه الجريمة لعمرى من اعظم الجرائم التي يفتريها انسان عاقل واذا لم يكن للكحول من ضرر سواها . لحق لنا ان نخاف الكحول ونقلع عنه مرددين مع الشاعر الحكيم .

واهجر الخمر ان كنت فتى كيف يسمى في جنون من عقل

بعض الازراء المبره في العلم الخاد

حينما يبحث المؤثفون في العلم يكثر من البحث في اضرار العلم الزمن كانه هو النوع الخطر المقصود وحده . وقد يظن بسبب ذلك ان عواقب التسمم الحاد اخف وطأة او انه اذا زالت المادة المسكرة التي تجربها العلمان من جسمه باجهزته المفرغة ولم يعد الى استهلاكها لا ينتج عنها كبير

ضرر غير ان الابهاث الهلهة تكشف لنا بن بن وآخر اضرار الهه الهاء وطمط اللثم عن عمل ام الهاءه هق ولو لم تستعمل الا قلىلاً وبقترات بعبهه لا فى الشخص نفسه فحسب بل وفى اولاهه ابعضاً: ان من الامور المسلم بها هو ان الهه المزمى يورث الصرع فى نسل البلى . وقه ببن اهيراً ان الهه الهاء لا يقل عملاً فى توليه الصرع عن الهه المزمى ولا سيما عله الابه . وقه افضع لموآر (Muller) ان المواقه فى هاله السكر تنتج نسلأ مصروعاً ققه تعمى المؤلف المذكور فى ٨٤٧ هاء صرع افضع له منها ان تخلق المصاببن المذكوربن بناسب ايام الابهاء الهى يكتر فيها السكر وقه كان اباه هولاء المرضى غير مبتلبن بالانسام الكحولى المزمى بل كانوا يشاؤون المسكر بكميات معمله ايام الابهاء فقط .

فالسكر ولو لم يقع الامره واحده تصعبه اضرابات حسويه مختهفه باخلاف الاشخاص منها آلام الممه واهقان الكبه وهاله قربه من اليرقان . ويساعد السكر على ظهور الائنات وقه يولد زفاً سحاءاً وبنه نوب الصرع ولا يبعه ان يكون قتالاً .

الههرات واضرارها

تدخل فى نطاق البعث عن المسكرات وهى حمرة فى الاسلام لانها مسكرة وكل مسكر حرام وهى كثره، منها:

الكوكائبن: يشبه عله عله القول ولتسمم به شكلان . شكل هاء

وشكل مزمى

الملة بالكوكائين : يبدو أثر احتقان الشخص بترك المادة او استنشاقها فيعود خدوشاً هلوعاً ظنوناً واهماً يخيل اليه ان اثاث الغرفة اصبح حيوانات مرعبة وان ما حوله من الاشخاص مشوهون تشويهاً خفيفاً وان ما في غرفته من صور تنطق وتحرك فترعبه . وتحيل عنده الاوهام المسية واضعة فيشمر بان اسراباً من الحشرات وجيوشاً من الديدان وانواعاً متنوعة من حيوانات او جمادات صغيرة تحل ادمته وترتع تحت جلده فتذيقه من العذاب انواعاً . وعاقبة الكوكائين شديدة بماقبة التسمم الكحولي وآخرة المصائب دنف مميت .

ويختلف المصابون بالملة الكوكائين نسلاً طالماً فيه استعداد لكثير من الامراض .

الافيون : ينتج من السكر الحاد به وهن عضلي وميل الى الراحة والسكون وارتعاش في الايدي وتلكؤ في السير وابطاء في النبض وفساد في نظمه وحكة في الجلد واسراع في التنفس وهيجان عصبي واحتقان في الرأس ورؤية خيالات . ولا يلبث ان ينام المبلى نوماً ثقيلاً مشوشاً مضطرباً وحينما يستيقظ تبدو حركاته صعبة وقواه خائرة وسعته بهيمية وشهوته للطعام مفقودة .

اما علامات ازمان الابتلاء به فهي اضطراب النوم والترنيق اي مخالطة الناس المين وآلام الرأس ، واتساخ اللسان ، اضطراب الانبوب الهضمي ضياع بريق النور في العين ، خور غريب وكثرة افراز العينين والانف سيلان مخاط من الاعضاء التناسلية وعلة وهزال في الجسم وضعف في

قوى العضلات وآلام شديدة فيها ثم تخور القوى وتبديل السحنة فنم عن
بلادة وبلاهة وتحاط الاجفان السفلى باطار مسود وتتمعر العينان ويصبح
منظرهما دالاً على غبابة وذهول ويبدو المبتلى شيخاً رغم حداثة سنه . ثم
يصاب بقيء ما يتاوله من الاطعمة والاشربة وتعتريه الام معدية
ويضطرب قلبه ويمسر تنفسه ولا يلبث ان يموت مما اصابه .

الحشيش — يولد تدخين المقادير الجزئية منه او بلها في بادىء الامر
ميلاً الى الحركة واجة في المعدة وحس احتراق في الصدر وتلو ذلك ثقل
في الرأس ومذل في العضل ووخز فيها وتقص في حس السمع واضطراب
فيه فيشعر المحشش بطنين في الاذنين او بصوت ماء غال او بضغط علي صدغيه
واذا كانت المقادير المأخوذة منه معتدلة ينتج عنها حصر ووعكة عامة
ودوار وحس اختناق وجفاف في الفم واضطراب في الملكات العقلية فأتج
من تهيج الدماغ ويبدو ذلك بهذيان المصاب وتجسيه الخيالات والوقائع
القديمة تجسماً يظن معه كأنها تقع امام عينيه ويكثر لقطه ولغوه ويمود غير
مقول ولا مفهوم ويتتابه الهذيان نوباً عديدة تفصل بينها فترات هدوء
قصيرة الأمد .

ويقدد المحشش قوة التفكير وتقدير الزمان والمكان والمسافة . ويتلو
هذا الزمن الهذيانى زمن نوم هادىء او مقطع بكوايس ويصحو متجرع
هذه المادة من نومه بعد بضع ساعات ويستطيع ان يذكر ما تخيله .
واما اذا كان المقدار المتناول كبيراً فيكون الهذيان شديداً وتصحبه افعال
خطرة ثم يقع المتجرع في سبات عميق يصحو منه بعد بضع ساعات ويبقى

تعباً منهوك القوى عدة ايام .

وينتج من اعتياد تناول الحشيش تبدل في سحنة المصاب اذ يبدو عبوساً سوداوياً أو ابله غيماً ، غارقاً في احلامه مضطرب الحركات فاقد الارادة غير قادر على تعاطي اي عمل ثم ينحل جسمه وتضعف قواه ويصاب اخيراً بالجنون .

وعدا ذلك توجد أدوية مخدرة كثيرة ينتج من استعمال كل منها من الحباث والكبائر والاضرار في الفرد والمجتمع والنسل ما لا تكفي مجلدات ضخمة لشرحه وتبانه .

الميسر واضراره والاضرار والاصحاح والصحة

حرم بالتدريج كالحمر . والميسر هو القمار واشتقاقه من يسر اذ اوجب او من ايسر بمعنى السهولة لانه كسب بلا مشقة ولا كد أو من اليسار وهو الفنى لانه سببه للراجح او من اليسر بمعنى التجزئة والاقسام .

قال الازهري الميسر الجزور (الجمل) كانوا يتقارون عليه سمي ميسراً لانه يجزأ اجزاء فكأنه موضع التجزئة وكل شيء جزأته قد يسرته واليسار الجازر اي لانه يجزى . لحم الجزور ثم صار يقال للمتقارمين جازرون لانهم سبب الجزر والتجزئة هذا هو الاصل . واما كيفيته عند العرب فهي ان كان لهم عشرة قدام وهي الازلام والاقلام والقذ والتوأم والرقب والحلس والمسبل والملى والنافس والمنيع والسفيح والوغد - لكل واحد من السبعة الاولى نصيب معلوم من جزور يخرونها ويجزونها عشرة اجزاء او ثمانية

وعشرين جزءاً وليس للثلاثة الاخيرة شيء فللقد سهم وللتوأم سهمان والرقب ثلاثة وللحلس اربعة وللناخس خمسة والمسبل ستة والمعلى سبعة وهو اعلاها .
 وكانوا يحملون هذه الازلام في الرابة وهي الخريطة ويضعونها على يد عدل
 يجلجها ويدخل يده فيخرج منها واحداً باسم رجل ثم واحداً باسم رجل الخ فن
 خرج له قدح من ذوات الانصباء اخذ النصيب الموسوم به ذلك القدح
 ومن خرج له قدح لا نصيب له لم يأخذ شيئاً وغرم ثمن الجزور كله وكانوا
 يدفعون تلك الانصباء الى الفقراء ولا يأكلون منها ويفتخرون بذلك وقد
 نظم بعضهم هذه الاسماء فقال :

كل سهام الياسرين عشره	فاودعوها صحفاً منشرة
لها فروض ولها نصيب	القد والتوأم والرقب
والحلس يتلوهم ثم المنافس	وبعده مسبلين السادس
ثم المعلى كاسمه المعلى	صاحبه في الياسرين الاعلى
والوغد والسفيح والمنيع	فغل فافها يرى ريع

وقد اختلفوا أهل اليسر ذلك النوع من القمار بينه ام يطلق على كل
 مقامرة ولكن لا خلاف في ان كل قمار محرم قطعاً الا ما اباح الشرع من
 الرهان في السباق والرملة ترغيباً فيها (الاستاذ المرحوم الشيخ رشيد رضى)
 وقد جاء في اليسر ما جاء في الحمر كونه يورث المداوة والبغضاء ويصد
 عن ذكر الله وعن الصلاة التي هي عماد الدين وهذا ظاهر لا مشاحة فيه ثم
 انه طريق لا لكل اموال الناس بالباطل اي بغير عوض حقيقي من عين او
 منفعة ومن مضراته افساد الترية بتعويد النفس الكسل وانتظار الرزق

من الطرق الوهمية واضعاف القوة العقلية بترك الاعمال القيدة في طرق الكسب الطبيعية وإهمال الياسرين (المقارنين) للزراعة والصناعة والجارة التي هي اركان العمران ومنها ما هو اشهرها تخريب البيوت فجأة بالانتقال من القنى الى القفر في ساعة واحدة .

يبدل المقامر ماله المملوك له حقيقة على وجه اليقين لاجل ربح موهوم ليس عنده وزن ذرة لترجيحه على خطر الخسران والضاياع والمستورسل في اضاعة الحق طلباً للتوهم يفسد فكره ويضعف عقله ولذلك ينتهي الامر بكثير من المقارنين الى نهب انفسهم وقتلها فمأوا الرضى بميشة الذل والمهانة ويحكى ان رجلاً عاقلاً رأى من ولده ميلاً الى المقامرة لمعاشرته بعض اهله فلما حانت وفاته وخاف ان يضيع ولده ما يرثه عنه وعلم ان النهي لا يكون الا اغراء قال له يا بني اوصيك اذا شئت ان تقامر بان تبحث عن اقدم مقام في البلد وتلبس معه فطقق الولد يبحث ويسأل وكلما دل على واحد علم منه ان هناك من هو اقدم منه حتى انتهى به البحث الى شيخ رث الثياب ، ظاهر الا ككتاب ، فلم من حاله ومقاله ان مآل المقامر الى اسوأ مأب ، وان والده قد اجتهد بنصيحته فاصاب ، وانه اوتي الحكمة وفصل الخطاب ، ورجع هو الى رشده وأثاب ، فلم يدخل بيت المقامرة من طاق ولا باب .

ويشترك الميسر مع الخمر في ان متعاطيهما قلما يقدر على تركهما والسلامة من بلاهما فكلما ربح صاحب الميسر طمع في الزيادة وكلما خسر طمع في تمويض الخسارة ويضعف الادراك حتى تمز مقاومة هذا الطمع الوهمي وهذا اثر ما في جريمتي الميسر والخمر .

كِتَابٌ جَدِيدٌ

تأليف د. طريخ الطب في العراق وتخدم الكلية الطبية فيه

تأليف

الدكتور هاشم الوتري و الدكتور ممر خالد الشايندر

عيد الكلية سابقاً احد خرجيها

أهدي هذا الكتاب الى خزانة معهدنا الطبي وعهد الينا بتقريبه فليتنا
الطلب مسرورين متعطشين لان كل خطوة يخطوها قطر عربي لها صدى
مستحب عندنا فكيف به اذا كان القطر المحكي العراق الذي ابلى في سبيل
المروبة بلاء حسناً بمجنوده البواسل ثم عاد الى العمل في الدائرة الطبية فنفع
اساتذته مع زملائهم اساتذة معهد الطب الدمشقي في لغة الطب بروحاً جديداً
غفروها من العجمة والرحانة ووضعوا كلمات موافقة للمصطلحات الجديدة
فأبثوا للعالم فساد تلك الفكرة القائلة بان لغة العرب لا تصلح للتعليم العالي
حتى اصبح اشد اخصام هذه الفكرة في السابق من اكبر انصارها اليوم
هذا واذا كنت اخطب بان يهد الى الاستاذ مرشد بك خاطر بتقريب هذا
الكتاب وان يطلب مني ان اكتب في صدره ما يمكنه صدرا
فقد كنت افضل ان يغفوني من ذلك وان يقوم بهذه المهمة هو نفسه لانه
من خيرة من حملوا اليراعة فاستملوها بكل براعة ومن كبار خدام لغة
العرب والعروبة وله فوق ذلك من طلاوة الاسلوب والقدرة على اظهار
ما في قرارة النفوس من الاعتزاز بهضة بلاد الضاد ما لا يستطيع ان اجاريه

به ولكنه اعتاد حضرته ان يكلفني ما في وسعي عملاً بالقاعدة العربية المشهورة اذا اردت ان تطاع فسل ما يستطاع واعتدت ان امثل اليه فعملت وهمت بالكتابة فاذا بذكريات كثيرة تجول في ذاكرتي واجملها نهضة العراق الحاضرة علمياً وسياسياً واقتصادياً .

وما هذا الكتاب الذي كلفنا بتقريبه الا برهان دامغ على تلك النهضة فقد صدره مؤلفاه برسم حضرة صاحب الجلالة المغفور له الملك فيصل الاول مؤسس الكلية ورسم حضرة صاحب الجلالة المغفور له غازي الاول المعظم حامي الكلية واستلهاء بمقدمة ذكر فيها الغاية من الرسالة وهي قص تاريخ الثقافة الطبية في ربوع الرافدين ، يوم كانت بغداد جنة الدنيا وعطى العلم ، وجمع العلماء والدارسين ، بغداد التي كانت حلقة الوصل بين العقل البشري في سحيق الاجيال وبينه في هذه الحقبة الحديثة التي حملتها بلاد الفرج بعد ان حملها اجدادنا ودحاً طويلاً من الزمن كانوا فيه سادة الارض وحلة الثقافة وسدنة العلم والعرفان، اتي المؤلفان في رسالتهما النفيسة على ذكر المدرسة الطبية المباسية في بغداد وبحثا عن اشهر الاطباء والمترجمين العرب من الذين اقاموا اساس الطب في العراق ونوها عن حث الخلفاء على اكتساب العلماء وتشجيع العلم وبث الحضارة وذكر اهم البيمارستانات التي اسست في زمن المباسيين ثم جاء اخيراً على ذكر تأسيس الكلية الطبية الملكية وتدرجها في الرقي سنة بعد سنة في عهد دولة العراق الفتية كما ابتداءً بذكر مدرسة بغداد الطبية في العهد المباسي .

وقد جاء في البحث عن الدراسة الطبية في بغداد على عهد المباسيين ان

النسطوريين حملوا الطب اليوناني الى العراق. وانشأ النسطوريون في فارس مدرسة جنديسابور الشهيرة التي يصفها المؤرخون بأنها مهد الطب الاسلامي وكانت العرب تعرف مدرسة جنديسابور وقد درس فيها طيبيهم المشهور الحارث بن كلدة. وقد اكرم الخلفاء العباسيون علماء واطباء جنديسابور فحجب ذلك اليهم الرحيل الى بغداد ولما رأى الخلفاء اجتماع اهل العلم شرعوا بتأسيس المدارس الطبية والبيمارستانات في مدينة السلام وهكذا انتقل مركز العلم من جنديسابور الى بغداد واستت اول مدرسة طبية في بغداد .

اما الكلية الجديدة فقد نضجت فكرة تأسيسها سنة ١٩٢١ وشعرت مصلحة الصحة العراقية بلزوم اخراج الفكرة الى حيز العمل فباشرت بذلك في السنة ١٩٢٥ . وكان جلالة المغفور له الملك فيصل يتبع بدقة وعناية فائقتين تطور هذه الفكرة وقد امر جلالاته في ٦ تشرين الثاني ١٩٢٦ برئيس ديوانه بتسطير كتاب الى فخامة رئيس الوزراء ومما جاء فيه :

ينتظر حضرة صاحب الجلالة من فخامة رئيس الوزراء ان يشير على وزارة الداخلية بتخصيص المال اللازم في الميزانية الجديدة لتحقيق هذا الطلب في اقصر وقت ، وكانت هذه العناية الملكية سبباً قوياً مباشراً في التجهيل بفتح الكلية . والكلية اليوم في عامها الثاني عشر تتدرج في الرقي بخطى واسعة وثابتة . هذا واذا كنا نسر بفوز العراق الدولة العربية الفتية بمعهد طبي فاذا ذلك الا لانه مظهر من مظاهر ظفر العرب في احد اقطارهم المزينة بحرس الله عز وجل ملك الرافدين فيصل الثاني ببنائه وحقق الله آمال رجال العروبة في جميع الاقطار العربية.

شوكة موفق الشطي

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٩ م . الموافق لشعبان سنة ١٣٥٨ هـ .

الآلم والجراحة

للعلم لوسركل ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

ما هو الآلم في نظر الجراحة ؟ جرب ليريش في دروسه القيمة في كلية
فرنسة جلاء فموضه بضم اعماله الى اعمال من سبقه من الاساتذة الذين
عالجوا هذه القضية المعقدة من مبحث فن المداواة بطرق مختلفة . لا نعرف
عن الآلم الا القليل وكل ما فيه تقدير ي ولا تستطيع حواسنا ادراك كنهه
فلا تفهم منه شيئاً الا بعد ان نحس به بانفسنا وما اوصافه التي يذكرها المتألمون
الا من صنع تخيلة هؤلاء وما هي من الحقيقة على شيء .

لقد حدد الطب ولا شك تفرعاته وبين قيمته السريرية في المرض
ووجد طرائق دوائية تخفف من وطأته . فبحث النراثر يوز عن سبله ورسوموا
سحنة لجهاز الآلم بمحرضاته وطرق وصوله وسرا كز نشأته غير ان الآلم في
الخبر لا يشبه الآلم في المرض في الآلم شيء آخر غير تحريك جهاز لا تأثير له
في الحياة .

وليس الألم واحداً بل هو نوعان كبيران : الآلام التي توافق مناطق التوزيع المحيطي لمصب من المجموعة الدماغية الشوكية والآلام التي لا توافق منطقة عصبية معينة وهي آلام مبهم التوزيع ومبهم الحدود تمتد يوماً بعد يوم وتتوثر بسرعة في العواطف والنفس، ولا تنشأ هذه الآلام المختلفة المظاهر في جهاز واحد .

وليس الألم واحداً في جميع الأشخاص ولسنا جميعاً سواء تجاهه فيقال فلان يحتمل الألم وفلان يشكو لآقل شيء . فالارادة والطبع ، والجنس تدخل جميعها ولا شك في احتساس الألم .

فعلينا إذا ان نعرف عن توليد الألم ومظاهره شيئاً آخر غير بنية الاجهزة ولنفتش بعبداً عنها ، في شروط الألم الفريزية المرضية ، وفي العوامل الشخصية عن اسباب ظهوره وشدته .

بين ليريش الدور الكبير الذي يلعبه تحرك الاوعية في خلق الألم وكيف ان هذا يتبع حالة افراط . سواء أمن حيث النوع او المدة ، في قبض الاوعية او توسيعها .

ويعرف المرضى جيداً ان الحرارة والبرودة اي حفل الدم او فقره تزيدان او تنقصان ألهم : فاذا ما خضبتا بالتوفوكاثن ، في ألم من النموذج الدماغى الشوكى مستقر في احد الاطراف ، العصب الودي الموافق ، زال الألم . فتخدير زمرة عصبية يحذف الألم المستقر في زمرة عصبية أخرى فكيف يكون ذلك ؟

وقمنا عمل الودي فبدلنا شروط الدوران . فليس الألم اذا نتيجة بسيطة

لنقل تنبه الى المركز بل تؤثر فيه تبدلات تحرك الاوعية خاصة متى كان التبدل الانقباض .

ماذا يحدث تخصيب الودي ؟ انه ينهي مقوية المصّب فيحذف لساعات او لبضعة ايام خاصة انقباض الاوعية في فاحية معينة يجعله فيها توسيعاً وعائياً فاعلاً . حذف الانقباض الودي فزال الالم فالالم: اذا متعلق بالودي.

وما نعرفه من جهة اخرى يدفعنا الى الاعتقاد ان استعداد بعض الاشخاص للتألم ، وفرط حسهم الطبيعي ، وآلامهم نفسها ، عائدة جميعها الى قيمتهم الودية ولكن الودي ليس كل ما في الامر ، فالرسل تدخل ايضاً وقد تعمل بتأثير الودي لان الرسل والودي يشتركان دائماً في العمل وقد تفعل ايضاً مباشرة بفعلها الكيميائي الخاص . نعلم ان توازن نسبة الكلس في الدم وفي النسج ضروري لانتقال الحس وتوازن الكلس يعني نظائر الدرق .

قد يحرر فرط افراز الدرق ، دون ان يصل الى النقص الشامل الذي يشاهد في التهاب العظم اللبني الكيسي ، كيات غير طبيعية من الكلس يصعب اظهارها ولكنها كافية للاخلال في النسج عن بعد ، بزيادة الكلس في الاخلات ، واختلال تمثل الكلس هذا يخلق مرضاً عاماً ذا استقرارات عديدة قد تكون بحسب الحالة جلدية او كلوية او وعائية او قلبية .

ومثله ايضاً نقص افراز الدرق الذي قد يحدث بالقصور الكلسي الذي يسيه تأثيرات في حياتنا النباتية نجعلها حتى الآن . فنظائر الدرق ، زاد الكلس او نقص ، تلعب دوراً في تنظيم والحسيات في قابلية التألم وفي توليد الالم . وما يقال في نظائر الدرق يقال في الكظيرين اللذين يفرزان رسولاً

قابضاً للأوعية . وقد شاهدنا ان قطع نسيج الكظر الخاص بـ زيل حالاً
واللا بد آلام مخنّلي الدوران الشديدة . وقد تنظم الرسل التاسلية الحس
اذا ما سلطنا بتأثير الجرايين الذي حقن ليريش به المرأة في بعض
الحالات المؤلمة .

كما انه يمكن لكثير من الاشياء الاخرى ان تؤثر في نوع الحس : التغذية ،
الحويينات ، المناخ ، وبالاجمال كل ما يمكنه تحريك المنعكسات الظرفية
(reflexes conditionnels)

لم يكن للانسان لتسكين آلامه سوى الحشائش وبعض المشروبات
المسكنة . ثم منذ خمسين سنة تمت الكيمياء وفن الصيدلة ، الطب بمجموعة
غربية من المسكنات والمهدرات الموضعية ، واتت الاشعاعات ذات التأثير
المسكن للآلم . وعلى الرغم من كل هذا ، على الرغم من الاشعة والتيارات
والحقن بقيت أمراض لا يخففها شيء ، فهناك امراض يعود الآلم فيها اشد مما
كان عليه قبل استعمال المسكن وامراض يعتاد البدن فيها بسرعة السموم ،
وامراض لا تخضع لتأثير العلاجات . وهذه الامراض هي ما اوجت بطريقة
معالجة الآلم بالجراحة .

بدأت جراحة الآلم بعمليات هودسلاي على عقدة غاسر وبقطع الجذور
الحلقية الذي اجراه اليي ومنذ ذلك الحين تكاثرت قطع الاعصاب لحذف الآلم
في جميع البلدان .

يتقن اكثر الجراحين ان جراحة الآلم تقوم بقطع السبال العصبي على
ارتفاع مختلف كما يقطع مجرى دم . ربط شريان لذا بقيت عمليات قطع الاعصاب ،

قطع الجذور ، قطع الجبال حتى السنوات الاخيرة العمليات الوحيدة . وفي الحقيقة اذا تمكنا من اتباع المرضى رأينا ان جميع حادثات قطع الاعصاب المحيطية تحجب بعد مدة طويلة وهذا امر طبيعي . فان العصب المقطوع يكون في حذاه نهايته العليا وربما دبقياً عصبياً (névrogliome) . وهذه الكتلة من المحاور الاسطوانية الملتفة تؤثر فيها بعد مدة طويلة بفعل تبدل تحرك الاوعية ، وفعل العضلات ، تنهيات تذهب الى المركز فتجدد فيها المرض الاول او تخلق فيها مرضاً جديداً . مثال على ذلك: المتورون الذين يألمون ولا ينبو من هذا الحذور سوى عمليات قطع الاعصاب في حذاه المراكز وهذا سر النجاح الذي نلاقه في القطع وراء عقدة غاسر .

وخبة قطع الاعصاب الخلفية ، مع الزمن ، أكثر من نجاحها . ويؤدي قطع الجبل الخلفي ايضا الى كثير من المواقب السيئة فانه يزيل آلام المبتوعين ولكنه يحدث فيهم ألماً جديداً كالآلم السابق تقريباً ويزيد عليه ، اضطرابات بولية خطيرة . ونتائج جراحة الآلم التي اقتصرت على العمليات على الطريق الحسي ، متوسطة اذا استثنينا منها العمليات على عقدة غاسر .

ويبشر الاتجاه الجديد اليوم بأحلى الآمال . فبدلاً من قطع الطرق الحسية يجرب التأثير فيها بحسب طرائق الجراحة النريزية بالودي وبالتدويم . وهذا ما صنعه ليريش ؟ وقد فكر في السنة ١٩١٣ بقطع العصب الودي حول الشريان لمعالجة داء رينو وبعض الآلام الحشوية . واستعمله في السنة ١٩١٥ في معالجة الحراق (causalgie) وقد ادت به النتائج الى وضع فكرة قطع الشريان التي بين بها ان الشريان المسدود ليس الا عصباً ودياً

في شروط غير طبيعية. وقد مكّنه درس النتائج الفيزيائية لهاتين العمليتين تدريجياً من عزل تناذر الانسدادات الشريانية. ومن هنا نشأت العمليات على الودي في الاضطرابات الألمية والاعغذائية الناجمة عن ربط الشرايين وفي الآلام التي ترافق بعض جروح الاعصاب، وفي الآلام السابقة للغضرية في من التبت شرايينهم، وفي امراض انقباض الاوعية، وفي الآلام الصاعدة بعد الرض وفي الآلام الحوضية والحلج.

وقد اوحى اليه حب الوصول الى مفعول مماثل أقوى واطول مدى بقطع الاغصان الواصلة (rameaux communicants)

ثم استعاض بعد ذلك عن قطع الاغصان باستئصال المقعد وبقطع الاعصاب المحسوية وازاد الى العمليات على الودي العمليات على الغدد الصم: استئصال الكظر واستئصال نظيريات الدرق.

واخيراً نشأت طريقة التخضيب الموضعي بالنوفوكائين وتخضيب السلاسل الودية المباشرة. فأتسع نطاق جراحة الألم - على الاقل لليريش وتلاميذه - فلم يعد مقتصراً على عمليات الطريق الحسي وحدها.

وقد ادخلت جراحة الغدد الصم في جراحة الألم امراضاً ذات تناذرات مؤلمة مركبة كانت تترك وشأنها قبل تلك الجراحة. ويخفف اليوم استئصال الكظر واستئصال نظيريات الدرق آلام التوتر الشرياني، ويشفي اشكال تصلب الجلد الخطرة ويحسن بعض التهابات المفاصل العديدة. وقد أدى بنا التخضيب بالتحدرات الموضعية في الاوتاء والتدوب المؤلمة الى التعمق في درس الفيزيولوجيا المرضية لبعض من التناذرات المؤلمة هي

غير ما كنا نظنه بالأمس .

وتخفيض السلسلة الودية بوقفه المقوية الودية في ناحية كاملة ، ينير دفعة واحدة شروط الدوران وشروط حسن الآلم الفريزية فيها .

هذا هو موقفنا الحالي في موضوع الودي ولم يدر البحث حتى الآن الا عن الودي المقدي قرب الفقار وعن اغصانه المحيطية ، اما ما بقي مجهولاً عن الآلم فقد تحمل مسأنته الصعبة يوماً بدرس عميق للودي في داخل القناة الشوكية .

ومها يكن من الامر فان على جراحة الآلم ، وان مرت بادوار البدء الصعبة ، مهمة ليست سهلة دائماً . فقد تقوم باعمال عظيمة ولكن يجب عليها ان تخضع لبعض القواعد .

فالتشخيص السببي الواضح ضروري هنا اكثر منه في اي مكان آخر اذا لم نرد ان نسير الى خيبة محققة او اذا لم نرد ان نزيد في خطر ما نحاول شفاؤه . ويجب ألا يكون في العمليات ضد الآلم خطر على الحياة وان لا تؤدي الى علة خطيرة (infirmite)

ولهذا كان انعار العمليات الودية القليلة التشويه كثيراً . على ان يصنع ما يجب صنعه والا تقف امام الصعوبات .

ويجب بالخاصة التوسط باكرأ والانتظار في التناذرات المؤلمة يسوقنا الى اجراء العمليات في اشخاص اعتلت اعصابهم او ادمنوا المخدرات فاصبح شفاؤهم ضرباً من المستحيل .

يستتج مما تقدم ان هذه الجراحة الجديدة - الجديدة بحرصها على

التحليل الفريزي وعلى النقد التجريبي اللذين سيوصلاننا يوماً ما الى مفتاح
اللفز - تبشر بمستقبل باهر. نعم انها لا آشتمل اليوم على عمليات قياسية ذات
نتائج ثابتة : ففرضها متعدد ومركب ولكنها تفيد احياناً فوائد عجيبة وقد
ينا ذلك في دمشق



المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعون

٢.

انسامات الدم بالمكورات المنقودية

(اشكالها السريرية ومعالجتها)

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع جان باتيل من باريس وموارو من مرسيلية وقد تناول الاول الدرسين السريري والحيوي والثاني المعالجة .

١ — الدرس السريري : يشتمل هذا الدرس على البحث في الاشكال الحادة والمزمنة التي تتمثل بها عفونة الدم المنقودية .

أ — الاشكال الحادة : هي نموذجان

الاشكال التي تنزبا بزي عفونة كبيرة : وهي المسماة الاشكال السامة للدم او التيفية ، حيث لا استطاع كشف مصدر العفونة وحيث معاينات الفخبر وحدها (ازدياد الكريات البيض ، كشف المكورات المنقودية في البول او الدم) تمكن القاحص من الشك في السبب الحقيقي لهذه العفونة الشديدة الخطر .

الاشكال السريرية المروقة السبب : وهي عفونات لا يقل خطرها على الحالة العامة من تلك غير ان العلامات المرضية المعينة تمكن القاحص من

معرفة سببها وتشتمل هذه الاشكال على :

انسامات الوجه المنقودة الحية : دمايل الشفة او الانف وجمرتها الحميدة التي لا يجهل خطرها اذا اسيت معالجتها فانها تفضي الى التهاب الجيب الكهفي سواء اتفن الجيب بصمامة او تدريجياً باتباع اورددة الوجه وجوف الوقب .

الاشكال ذات التظاهرات الانتقالية المبكرة : وهي الحادئات التي تنضم فيها تظاهرات عظمية او جلدية صمامية المنشأ الى علامات عفونة خطيرة ابتدأت منذ يومين او ثلاثة ايام فتجبه الانظار حينئذ الى مصدر هذه الموارض المنقودي . وتدخل في هذه الزمرة الاشكال السمية او المفعنة للدم . وهي نادرة ، كالتهاب العظم والتي متى استقرت العفونة في العظم ، والحماى البثرية المتفحعة اذا استقرت في الجلد . ولكن اياً كان الشكل المصادف فلا بد من الاستماعة بالخبر لاثبات التشخيص :

معائيات الدم المكروية وعد الكريات ورتبة خضاب الدم ، ومعايرة البولة .

التفتيش عن العامل المرضي في صديد البثرات ودم المريض وبوله .

ب — الاشكال الحيفة الحدة : هي الاشكال التي تتفوق فيها التظاهرات الموضعية على انسام الدم الذي لا تلبث اعراضه ان تنقشع خلافاً للاشكال الآتفة الذكر ،

تبدى عفونة الدم كما في الاشكال الحادة باعراض عامة خطيرة رابعة غير انها تخف شيئاً فشيئاً في خلال اسبوع او اسبوعين او تأتي هجمات متتابة منها ريثما يأتي يوم تظهر فيه عفونة انتقالية معينة فتجلو التشخيص . وهذه

الاستقرارات نوعان :

الاول منهما يستطيع ادراك آفاته بالجلس او بالنظر ونذكر منها :
آفات الجلد : الحراجات الحارة البطيئة السير المستقرة في الاطراف
آفات العظم : منذ الحراجة تحت السحق حتى التهاب العظم
الشامل المنخر .

آفات المفاصل : منذ عصاب المفصل الى الالتهاب الصريح المتفصح .
آفات العضلات : التهابات العضلات متفحكة كانت او غير متفحكة .
ويأتي الرسم الشعاعي في آفات العظام والمفاصل بمعلومات جمة .
والآفات الثانية هي آفات حشوية رئوية او كلوية فالرئوية ذات علاقة
بالطب الباطن والكلوية تابعة للجراحة سواء اكانت التهاب الحويضة والكلية
او التهاب ما حول الكلية المتفصح الذي يكثر حدوثه ويبطئ سيره ويجهل
مصدره في كثير من الاوقات .

ج - الاشكال الزمنة : هي اشكال تسير سيراً مزمناً فستمر اشهر أو لابل
سنوات ، الامراض العامة فيها خفيفة جداً والانتقالات المختلفة كثيرة
الحدوث ، لا تستطيع نسبتها الى تغفن الدم بالمكورة المنقودة الا بعد ان
يكشف هذا العامل المرضي في مختلف الآفات الموضعية ، وزرع الدم المكرر
مرات متتابعة يأتي سليماً .

وتميز في هذه الزمرة :

أشكال مديدة يفضي اليها احد الاشكال الحادة الذي لم تطل مدته
غير ان الاستجواب الدقيق يكشفه في سوابق المريض .

واشكال مزمنة منذ البدء ذات هجمات خفيفة الحدة: والاشخاص المتلون بها يكونون قد اصابوا منذ طفولتهم بهجمات دمايل مكررة ثم استقر دأؤهم في احدى الانحاء بعد انقضاء مدة طويلة على هجمة دمايلهم الاولى: خراجة الرئة، التهاب الموية المتقيح، فلعمون حول الكلية. ويخيل في هذه الحالة ان الامر هو تمنن دم قديم غير منطقي. انطفائه تاماً ولكنه في حالة هجمة لا تمننه عن الافاقة ولو متأخراً والظهور بعوارض شديدة الخطر. ولنعوص الخبر في هذه الاشكال شأن يذكر في التشخيص اكثر منه في الاشكال السابقة.

٢ - الدرس الاحيائي: بين الباحث اولاً ان الاختبار في الحيوان لا يستطيع ان يفهمنا ما يجري في جسد الانسان غير انه يمكننا من معرفة ثلاثة امور:

- أ - ان طريق انتشار المكورة المنقودية هو الاوردة
 - ب - ان الاستقرارات الانتقالية سريعة الظهور بعد تمنن الدم
 - ج - ان المكورة المنقودية تفرز عدا فملها الخاص ذيفاناً متصفاً بصفة حالة لخلايا الجسد جميعها وحاتاً البدن على تكوين الترياق.
- وبعد ان بين الباحث هذه الامور عاد الى ذكر ما تلهناه السريرات وما تفعله المكورة المنقودية في اثناء اجتيازها لبدن. واظهر اولاً المراحل التي يقطعها العامل المرضي مستفيداً من التحريات الحديثة في اظهارها (زرع الجراثيم والكريات). تنجبه المكورات المنقودية الى الازدحام في اللويحات ولا سيما في الكريات البيض التي تنقل المكورة وتصونها وتوفر لها الشروط

الملائمة للاحتفاظ بمحتها موصفاً عن ان تقضي عليها كما يظن البعض . وبعد ان ينقلا الدوران الوريدي الى القلب الايمن فالرئة حيث تستطيع ان تترك بعض الاثر تصل الى المصراع الاكليلي الذي قد تؤذيه بشدة وتمرر الى الدوران العام . وتقاومها في سيرها هذا الطويل عوامل الدفاع في البدن وقد تقضي عليها فيمضي أثرها وتنطرح مع البول او انها تقوى على ما يحاربها فتستقر في انحاء مختلفة من الجسد وهذه البؤر نفسها قد تنطفيء او تكون مصدراً لعفونة دم جديدة .

وعدا المكورات البيض التي تدافع عن البدن علينا ان نذكر الارتكاسات الخلطية (الطاهيات « opsonines ») وحالة الجراثيم ايأ كان سببها الحقيقي (مولدة الضد او كما يسميه البعض الجسم الملتهم للجراثيم)
ويطرح الباحث حينئذ سؤالين :

١ - لماذا تحدث المكورة المنقودية بعد دخولها الدوران تجرثم دم موقتاً ولا تحدث الا نادراً تفن دم حقيقياً مع ان الشروط السببية هي ذاتها .

٢ - ما هو التعليل المرضي الذي يستطاع به تعليل الصفات السريرية المشاهدة في حالة كهذه .

اما الجواب عن السؤال الاول فتابع لحمه الجراثيم ومتانة الدفاع ويظهر ان للبيئة المقام الاول غير ان لبعض العوامل الخلطية فعلاً لا ينكر ايضاً واما العامل الاساسي الذي يجب نسبة عفونة الدم بالمكورات المنقودية اليه فقد حصر الباحث جوابه عنه في ثلاث نقاط اساسية :

١ - في سير الحادئات السريري الذي يوافق فعل تجرثم الدم اكثر من موافقته لذيفنة الدم مع ان بعضاً من الآفات المنخرة مسبب حتماً عن الذيفان الذي تفرزه المكورة المنقودية .

٢ - ندرة الشفاء التام والصعوبات التي يواجهها الطبيب في تحليل شفاء الكيد .

٣ - استعداد الشخص للنكس . وفي درسه افضل سبيل لجلاء القموض فاذا ما درست ازمنة حصول الآفات تحقق ان الامور تحدث كما لو كانت الجراثيم التي رشقت في الدوران في التلصحات الاولى قد احتلت في الوقت نفسه نقاطاً مختلفة من البدن وازدحمت فيها فتمت عليها عوارض ظهرت مبكرة في بعض الانحاء وتأخر ظهورها اسابيع او اشهرأ في البعض الآخر . فغير نكبر ان بعضاً من المرضى الذين يحملون هذه الجراثيم النائمة يظلون مهددين بعوارض عنفة حادة لبقطة آفة قديمة فيهم او لظهور اختلاط جديد بعيد نقلته الجراثيم او بالاحرى الكريات المثقلة بها .

غير ان البيئة فملاً لا يستطيع انكاره فان عودة المفونات واستمصاصها لا يدعان مجالاً للتردد في اثباتها (ازدياد سكر الدم ، الحموضة) .

٣ - المعالجة : تشمل على المعالجة الدوائية والمعالجة الجراحية .

أ - المعالجة الدوائية : تتضمن : ١ - جميع الوسائل المقوية للحالة

العامية وقد درس الباحث منها :

قتل الدم : الذي يزيد الكريات ويقوي البلعمة . واما منحه المناعة اذا ما اخذ الدم من اشخاص ممنعين فلا يزال قيد البحث فان بعضاً من المشاهدات

ثبت فائدته والبعض الآخر ينفيها . ومهما يكن فالحيطة واجبة في نقل الدم
اتقاء للصدمات العنيفة واجتنباً لآخطار انتشار الجراثيم الممكن الحدوث في عقبه
احداث الصدمة : وسيلة حسنة كيف لا وتجرح الدم بالمكورة العنقودية
متصف دائماً بموارض الصدمة . غير ان طرز فعل الصدمة لا يزال صعب
التعليل ولا يخلو احداثها من الخطر فقد تكون الصدمة عنيفة وقد يرافقها
مرور الجراثيم الى الدم وتجرحه الموقت او تجرحه الصريح .

حقن الوريد بكمون نسبه ٠.٢٪ (ملهتر واحد لكل كيلو غرام) يظهر انه
ينشط البلمعة ويقوي الجهاز الشبكي - البطاني غير انه خال من النفع في
خراجة متكونة وغير قادر على منع الجامع القبيحة من التكون .

الحراج الاصطناعي : قل ان يشار به لان البؤر المتقيحة عديدة في تجرحم
الدم بالمكورة العنقودية .

اقصاص الجيوبينات : هو طريقة حديثة قد جاءت يعض القوائد .

٢ - المعالجة بمحصولات الجراثيم : نذكر منها :

الاستفاح : باللقاحات المختلفة : طريقة حسنة غير ان الحيطة في استعمالها
واجبة لانها سيف ذو حدين . واستعمال مقادير مزدادة تدريجياً وتكرار
الحقن بفاصلة عدة ايام امر واجب . واما استعمال مقادير كبيرة منها واحداث
ارتكاسات عنيفة فلا لزوم له البتة . وكلما اشتدت حمة الجراثيم وجب تخفيف
مقدار اللقاح . يستتبع من هذا ان اللقاح لا فائدة منه البتة متى كان زرع
الدم ايجابياً .

المعالجة بالديهان المعطل (anatoxine) : طريقة حديثة قد جاءت يعض القوائد .

على ان يكون الذيفان المغطى المستعمل قديماً وقوته المولدة للضد عالية .
وفي التجارة اليوم (ذيفان رامون وبواذن المغطى) انواع يحدث الحقن
بها ذيفاناً مغطلاً نوعياً يسهل كشفه في المعمل . وليبدأ دائماً بحقن الجلد او
تحت بمقدار طفيف من الذيفان المغطى لدرس تحمل المريض . والمقادير التي
يجب الحقن بها هي في الكهل ربع السنتيمتر المكعب الى سنتيمترين مكعبين
بفاصلة ٤ - ٥ ايام .

ملتهم الجراثيم: ان ملتهم الجراثيم اية كانت طبيعته عامل فعال في مكافحة
المكورة المعقودية على ان يراقب تحضيره اشد المراقبة وبمعنى هذا انه لا يجوز
ان يستعمل من ملتهم الجراثيم الا ما حصر في مختبرات ذات قيمة علمية شهيرة
وليحقن به حيث العامل حيث العامل المرضي اي في ملء البويرة المتقنية
بعد ابراغ الصديد . واما الحقن الوريدية التي يشير بها البعض في حالة تجرثم
الدم فينبذها البعض الآخر نبدأ باتاً لحظرها . غير ان الوفيات قد هبطت
بعد استعماله من ٨٠ - ٣٠٪ وقد جرب بعضهم استعمال ملتهم الجراثيم
بطريق الشرايين .

٣ - المعالجة الكيميائية: ان حقن الاوعية ولا سيما الشرايين بالاصبغة
(ميركورو كروم او التريافلافين) قد جاء بفوائد جيدة لان حقن الشرايين
بهذه المواد يبلها الدم قبل ان تتمدد فتعمل فعلاً يفوق فعلها اذا ما حقنت
الاوردة بها . وقد حقن ليريش في بعض الحوادث الخطرة ، القلب نفسه
بالميركورو كروم .

واما حقن البويرة القلبية بالمواد الصباغية فلم يأت بفائدة تذكر وليلزم

ان المعالجة الكيميائية هي طريقة المستقبل في تجمعات الدم بالكورة العنقودية
 ب — المعالجة الجراحية : ان المعالجة الجراحية تابعة لدخول المغوثة
 ولاستقرارها فالاراء مجمعة على معالجة البوثة العفنة متى بدت التظاهرات
 العامة الاولى غير انه لا غنى عن فهم كلمة « المدخل » في تجمعات الدم بالكورة
 العنقودية فكثيراً ما يكون هذا « المدخل » عارضة ثانوية لا مدخلاً بديلاً
 في شخص كانت عفونته بالكورة العنقودية كامنة فاستيقظت وحدثت هجمة
 حادة فيه . فاذا ما عولجت هذه البوثر بالجراحة قبل تكون الصديد فيها وتقوية
 وسائل الدفاع كانت النتيجة تحرير عدد عديد من الجراثيم وتلقيح الدم بها
 وزيادة المغوثة خطراً .

وتحجب التوسطات الجراحية بعيداً عن البوثة القيحية في معظم الاوقات
 ولا تخلو من الخطر فضلاً عن ان اجرائها قد يتعذر مثال عليها استئصال
 البوثة كتلة واحدة بالمبضع الكهربائي كما يستأصل الورم بدون ان تمس
 البوثة نفسها .

ولا يأتي بتر الطرف الذي يحذف البوثة حذفاً تاماً بتأنيج حسنة دائماً
 لتأخر اجرائه ولان المريض لا يسلم به الا بعد ان تسوء حالته العامة وكثيراً
 ما يظل زرع الدم ايجابياً بعده غير انه قد يكون الوسطة الوحيدة لنجاة
 المريض اذا ما تقدمته وعقبته معالجة احيائية حسنة وفعالة .

وحجة المكورة العنقودية للأوردة اشهر من ان تذكر فيستطيع الجراح
 في بعض من الحالات منعاً لتجرثم الدم ان يربط ويريداً او يقطعه على ان
 يضر الناحية التي اجري عملياته عليها لان المغوثة قد تكون انتشرت اليها

قبل التوسط فإذا ما اغلق الجرح تكون فلفموز خطر .

وبعد ان اسهب الباحث في هذه المعالجات ذكر اهم الاستقرارات التي تستدعي التوسط الجراحي :

الاستقرارات الطمية : ولا تختلف معالجتها عن معالجة التهاب العظم والتي والآراء مختلفة فيها فمنهم من يبكر في نشر جسم العظم ومنهم من ينتظر وراقب ويستعمل الاستفاح ولكل من القئين براهينها ولا يستطاع في الوقت الحاضر تجميع احدها على الاخرى .

الاستقرارات الوجية : هي دمل الوجه الوخيم وخطر التوسط عليه اشهر من ان يذكر على الرغم من استعمال الميسم والمبضع الكهربائي في شقه . فاذا لم يخضع الدم للمعالجة الدوائية بالاسفاف (pulvérisation) والاستفاح وانجبت الآفة الى الانتشار جاز ربط الوريد الزاوي فقط لوقف سير الآفة .

الاستقرارات التناسلية البولية : ان استقرار المفونة في الكلية وحولها كثير الحدوث ومثلها التهابات المثانة المتقيحة ، التهابات البربخ ، وحصى النفاس بالملكورة المنقودية التي قد يستدعي بعض من حالاتها الخطرة استعمال الرحم الباكر بعد الولادة .

الاستقرارات الاخرى : التهابات المضلات المتقيحة وخراجة الرئة والكبد والصمامات الشريانية والمخ .

الناقطة

ديبره (بلديس) : لا يستحق ان يسمى تجرثم دم الا الحالة التي يتضح فيها تكاثر الجراثيم في الدم . ولا غنى عن ثلاثة عناصر لاثبات هذا الامر :

١ - من الوجهة السريرية مجموعة اضطرابات مرضية خطيرة ٢ - من الوجهة التشريحية استقرارات انتقالية عديدة في الغالب ٣ - من الوجهة الجرثومية بقاء الجرثوم في الدم ووفرتة فيه . فتجرثم الدم الحقيقي بالمكورة المنقودية والحالة هذه نادر جداً وكثير من الحالات حتى الشديدة الخطر لا يعمد النظاهرات المرضية . ويقدم ديبيره مثلاً على ذلك ، خلافاً للباحث ، دمل الوجه ويجرّه هذا المثل الى ذكر الفرق الاساسي الذي يفصل عفونة الدم الحقيقية عن تجرّمه الموقت والى تعيين المعنى الاكيد لما يسمى «جراثيم الخروج» فان الجراثيم لا تخرج في هذه الحالة من البدن بالاعضاء المفرغة الطبيعية بل تخرج من الاجواف الطبيعية لتدخل الجسد ثانية . وبقدر الناقد ان تفريق عفونة الدم الحقيقية عن تجرّمه الموقت شديد الصعوبة في كثير من الحوادث مع ان هذا التفريق هو المرشد الوحيد للمعالجة التي ترمي الى وقاية البدن ومنع تجرّم دم موقت عن ان يصبح عفونة دم حقيقية .

بعد ان ذكر الناقد ضرورة تمييز العوامل التي تفعل موضعياً بمحتما عن العوامل التي لا تفعل موضعياً بل بما تفرزه من الديدانات وتلقيه في الدوران جعل المكورة المنقودية خلافاً للرأي السائد منذ مسدة مديدة في صنف الجراثيم المفرزة ذيفاناً سريع الانتشار وسهل الغزل والمعايرة . فالحصول على ذيفان معطل ممكن والقضاء على العفونة بالمكورة المنقودية مستطاع . واذا لم تكن النتائج ثابتة وواضحة كما في الدفتيريا والكزاز فلأن . حمة المكورة المنقودية تفعل ايضاً علاوة على الذيفان المفرز ولان تكاثر الجراثيم في انحاء مختلفة من الجسد واحداثه بؤراً عديدة فيه يحول دون تمنيع الاخلاط

فلا بدّ والحالة هذه من اشراك المصل والذيفانات المعطلة القوية مع المعالجة
الموضعية منعاً لانتشار العفونة وتوصلاً الى القضاء عليها .

ليفوف (باديس) : جرب ان يضع فاصلاً بين عفونات الدم والعفونات
الحادة مع تجمّم الدم المديد، واستنتج من اختباره الخاص ان سير التهاب العظم
والنقي الحاد مع زرع دم ايجابي هو ، في دور الغزو، متشابه في جميع الحالات
على ان لا يكون قد بدل توسط جراحي مبتسر (حجج العظم) هذا السير
وان يكون قد اقتصر على التثبيت في جهاز جبسي . فاذا ما اكتفى بالتثبيت
زالت الموارض العامة وانحصرت العفونة في عظم او عدة عظام ، فلم يكن
غنى حينئذٍ من فتح هذه البؤر القيحية وتفجيرها . وقد اورد الناقد ٣٥
حادثة من هذا النوع كان زرع الدم ايجابياً في ٢٠ منها فلم يمت منها غير ولد
واحد كان مصاباً في الوقت نفسه بالتهاب التامور المتقيح .

واما متى كان تغفن الدم حقيقياً فلا تتوصل معالجة قط الى وقف العفونة
(المصل ، الذيفان المعطل ، ملتهم الجراثيم حقناً في الوريد والحقن .) وقد اورد
الناقد ١٣ حادثة من هذا النوع ماتوا جميعهم .

ليرش (ستراسبورغ) : يعتقد اننا لا نعلم شيئاً معيئاً عن عفونات الدم
بالمكورة المنقودية بدون استقرارات . وانا نتوصل بالاختبار الى معرفة
ما لا يجب صنعه والى ادراك ما يجب اجراؤه فان المكورة المنقودية ، ضيف
الجلد المادي في جميع الاشخاص قد يبقى امزّل غير مضر أو عاملاً موضعياً
مرعجاً فقط او جرثوماً شديداً الخطر متكاملاً في الدم ومميتاً . فلماذا هذه
الاختلافات الكبيرة؟ يعتقد الناقد ان حل هذه المعضلة كائن في المريض

نفسه وليس في الجرثوم وان المرضى ليسوا سواء بازاء الجرثوم بل ان لكل شخص مرضه الخاص فان من يصاب منهم بعفونة دم ممتة يه ابون بها انفسهم وليس لان الجرثوم الذي احدث العفونة فيهم شديد الحمة .

سوفه (بديس) : يلقت الانظار الى ارتفاع الحرارة الكبير الذي يتلو النافض الشديد والى شأنه في تشخيص عفونة الدم ، فلتقس حرارة المريض الشرجية كل ثلاث ساعات حتى كل ساعة فتمرف بها تلقحات الدم الواحد بعد الآخر والعودة الى الحالة الطبيعية . ويشير الناقد بتخريب البوثة البدئية غير انه اجتناباً لانتشار الجراثيم يفضل التخريب بالميسم او المضغ الكهربائي .

اولريش (بريس) : يشير باستعمال الاستدلاء الذاتي الذي يحسس البدن بازاء ملتهم الجراثيم ويفيد فائدة كبيرة .

جينسي (بورديو) : يعتقد ان قوة الدم القاتلة للجراثيم تمثل احد عناصر دفاع البدن بازاء العفونة فقياسها يمكن الطبيب منذ البدء من معرفة الاشخاص المرضى للاختلاطات العفنة . فالمنهك ، وممطي الدم المضعف بفصادات مكررة ليست قوة دماؤها القاتلة للجراثيم شديدة ودفاعها بازاء العفونة ضئيف . واما المرأة الحامل فقوة دماها القاتلة للجراثيم حسنة فاذا ما نقصت خشي عليها من الاختلاطات النفاسية .

وقد يسعد الحظ شخصاً متفناً وخطراً في الظاهر ، غير ان قوة دمه القاتلة للجراثيم حسنة ، فيشفى يد ان مريضاً آخر قوة دمه القاتلة للجراثيم ضعيفة ومظهره حسن يموت . فعلياً في الممارسة ان نستفيد من هذه الوساطة وان نقيس قوة الدم القاتلة للجراثيم .

المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعون ٣٠.

الاورام العظمية في عضلات الاعضاء ونسجها الضامة

لحسها المليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع بطرس مواونته من باريس واوجين بولوسون
من ليون ، واستندا تقررهما الى ١١٩ حادثة .

١ — القشر المرضي المرئي :

٢ — اورام السحاب الضامة العظمية (٤٣ حادثة) : ان هذه الاورام التي قد تبلغ حجماً
كبيراً متكيسة وسهلة الاستئصال غير ان محفظتها الرقيقة لا تمنع العناصر
السرطانية عن الانتشار فلا عجب اذا ما نكست هذه الاورام بسهولة متى
عولجت معالجة الاورام السليمة بالاستئصال البسيط فقط .

والاعصاب والاعوية سليمة في الغالب وغير ملتصقة بالورم الذي يحرفها
او يرفها وليست سلامة هذه الاعضاء قاعدة مطردة بل ان الورم قد
يلتصق بها ويكتنفها فلا يستطيع فصله عنها ويصبح قطعها ضرورياً . والورم
حتى في هذه الحالة سهل التفريق عن النسج الاخرى ولا يشابه الاورام
الحبيثة الشديدة الالتصاق .

وتوعية هذه الاورام ضعيفة حتى انها قد تستأصل بدون اقل حاجة الى

ربط وعاء . غير ان الاوردة شديدة النمو فيها وبها تعلق كثرة الانتقالات .
ولبست سلامة العقد التنافوية قاعدة مطردة كما يتقعد الدرسيون ويشابه
بعض من انتقالات الورم الى النسيج الخلوي تحت الجلد العقد الضخمة
فليتجه الى ذلك .

وقد يكون منظر الورم المرئي كثير الاشكال : جرم لبني مرصع
بتنشوات مائة غير ان هذا المنظر لا يميز لنا عد هذا الورم مختلطاً او ذا
نسيج عديدة فال المعانة النسيجية تبين على العكس من ذلك تجانساً تاماً
في بنائه .

ب—اورام المضلات العفلية (٣٧ حادثة) يميز منها نموذجان الورم العفلي
المتكيس الشبيه بورم السحاب الضامة العفلي بشكله وصفاته وانتشاره .
والورم العفلي المرتشح الذي قد يكون جرم صلباً او جرم كئيباً مبانياً بلونه
المسمر لوان المضلات الاحمر وتذمرته برزات الى جميع الجهات غير ان
الورم يظل مدة مديدة على الرغم منها منحصراً في المضلة التي نشأ منها
فاستئصال هذه المضلة التام كاف في كثير من الاوقات للقضاء عليه .

ج—اورام اخرى : فادوة ونذكر منها : ١ — الاورام العفلية المكونة
لعظم التي تظهر في النسيج الرخوة ولا تتصل مطلقاً بالعقل . وقد اثبتت
اعمال ليريش وبوليكار ان تكون العظم ممكن في جميع النسيج المستمدة
مصدرها من الطبقة المضغية الوسطى . ٢ — الاورام العفلية السطحية التي
تنمو على وكس النسيج الخلوي او غشاء المضلات ٣ — الاورام السليمة
الرخوة القوام الهلامية السهلة الاستئصال التي لا يستطيع تعيين هويتها

الاكيد بغير المعاينة النسيجية .

د — الانتقالات : تكثر في الرئة والجنب (٢٩ حادثة) وقد صودف منها في الصقل والثدي والكبد والمخ . .

٢ — التشريح المرضي المجري : وصف الباحثان النماذج النسيجية التالية :

أ — الاورام الطلية : التي تشابه خلاياها خلايا الطبقة المضيئة الوسطى وتبدو مكدسة بعضها على البعض الآخر . وهذه الاورام شديدة الحبث ولا تؤثر فيها الاشعة كالاورام المضيئة الاخرى .

ب — الاورام الطلية ذات الخلايا المختلفة ويميز منها :

الاورام الطلية المكونة لليف (٣٨ حادثة) خلاياها مغزاية طويلة لا تكون الا المادة المولدة للفراء ولا ترى فيها المواد المصادقة في النماذج الاخرى (الشحم والمعظم وغيرهما) . وهذه الاورام خيثة ايضاً (٥ حوادث شفاء من ٣٠ مريضاً ووقبوا ثلاث سنوات) غير ان بناءها لا يدل دلالة صريحة على درجة خبثها .

الاورام الطلية المكونة للشحم (٣٣ حادثة) : تتصف باجتماع الشحم في خلاياها . وبعض هذه الاورام مكون للشحم والليف معاً (١٨ حادثة) والبعض الآخر مكون للشحم والمخاط (١٠ حادثات) شبيه بالنسيج الحلوي الرخو الودمي والبعض الاخير اورام شعمية خيثة . وانذار هذه الاورام جميعها غامض جداً (٥ حوادث شفاء من ٢٦ مريضاً ووقبوا طيلة ثلاث سنوات) وتؤثر الاشعة في بعض منها تأثيراً حسناً .

الاورام الطلية المكونة للاليف المخططة : (١٣ حادثة) : بناؤها كثير

الاشكال وتنصف بظهور خلايا كبيرة القند مسخية النواة بين الخلايا الاخرى العادية . وهي نموذجان: الخلية المستطيلة، والخلية «المنكبوتية» ، ويضارع خبت هذه الاورام خبت الاورام الآتية الذكر .

الاورام العظمية المكونة للآفة : هي اورام العناصر المكونة للآفة والنسيج الدموي والقارشات . وهذه الاورام كثيرة الاشكال وتسمى بالنسبة الى تفوق احد العناصر في بنائها : اوراماً وعائية فارشية او اوراماً عجية فارشية او اوراماً وعائية عضلية عجية او اوراماً وعائية خبيثة .

٣ — الدرس السريري : اخذ الباحثان نموذجاً للدرس اورام الفخذ وينا سيرها المتزايد الكامن الحالي من العلامات الوظيفية الا الانزعاج الذي يحدثه حجم الورم الكبير . وعلامات الانضغاط طفيفة او لا اثر لها البتة ، والرسم الشعاعي واجب لكشف الانتقالات العظمية .

ولا تختلف علامات الاورام العظمية في المضلات عن علامات الاورام العظمية في السعائب الضامة الا اختلافاً طفيفاً ويميزها عنها ثبات الورم متى تقلصت المضلة وهذه العلامة بيانية .

والانذار غامض ووخيم لان الحوادث ١١٩ التي درسها الباحثان لم يشف منها سوى ١٥ واما الآخرون فقد مات منهم ٧٧ ونكس ٢٧ ،

٤ — المعالجة :

بعد ان ذكر الباحثان الطرق المستعملة في معالجة هذه الاورام الخطرة: الفصع ، والاستئصال الواسع ، وقطع المضلة ، والبتر ، والتشميم ، والمعالجة بالاشعة واوردوا النتائج التي جنبها استتجا المقررات التالية التي انهاجتها بها :

ان الحطة التي اتبعت في معالجة معظم الحوادث التي اورداها كانت سيئة :
 يفصح الورم الذي كان يظن سليماً فلا يلبث ان ينكس فتماد
 العملية باستعمال طريقة ثانية غير كافية فينكس الورم ثانية فيلجأ الى
 البتر او يرسل المريض الى الاشعاعي . ان هذه الطريقة سيئة كما لا يخفى
 لان الجراح يضيع الوقت ويفسح للورم المجال لتقطع مرحلة لا يستطيع
 التغلب عليه بعدها . فيجب ، وهذا ما قرره الباحثان ، النظر الى الورم منذ
 البدء نظرة الورم الحثي والتضحية بالطرف واقناع المريض واهله بقبول
 هذه التضحية . وهذه المهمة شاقة لان الورم في هذا الزمن لا يؤلم ولا يززع
 حامله فن الصعب اقناع المريض بحبته وبضرورة التضحية التي يطلبها الجراح منه
 وتحقيقاً لهذه الحطة لا بد من تشخيص اكيد لاربية فيه . ولا يستطيع
 هذا بغير المعاينة النسيجية . . . ويقترح الباحثان التشي على هذه الحطة : متى
 صادف الجراح ورمأ صغيراً او متوسط الحجم يستأصله برمته عوضاً عن
 اقطاع خزعة منه ومتى كان الورم كبيراً تقتطع منه قطعة وترسل الى دار
 التشريح المرضي ويطلب منها جواب سريع ثم ترسم الحطة الواجب اتباعها .
 فاذا جاء الجواب مثبتاً للورم المعلي فما هي الحطة الواجب اتباعها ؟ يقترح
 الباحثان التضحية بالطرف او المعالجة الشعاعية .

فلنبتدىء بنقد الاستشعاع اولاً لانه المعالجة الاقتصادية . لا ينكر ان
 الاشعة تفعل فعلاً ناجحاً في بعض من الاورام المعلية النابتة في الاقسام
 الرخوة غير انه ما من حادثة منها شفيت شفاً تاماً بالاشعة هذا ما يشته
 احصاء الباحثين واحصاءات سواهما . ولانموذج النسيجي شأن في اختيار هذه

المعالجة او نبذها : فان بعضاً من الاورام العفلية المكونة للاوعية او للشحم تفعل الاشعة فيه يد ان الاورام العفلية المكونة للعظم وذات الخلايا المضغية الوسطى منيعة عليها . فالخزعة اذ ذ واجبة لمعرفة طبيعة الورم الحيثة اولاً . ولاختيار طرز المعالجة ثانياً .

واما التضخمة بالطرف فيشار بها متى كانت قد جربت الاشعة وخابت او متى عرف بناء الورم النسيجي . والسؤال الذي قد يطرح في مثل هذه المناسبة هو هذا : أيجوز لنا ان نضيع بعض الوقت باستعمال الاشعة وان نقسح للورم المجال للانتشار ؟ لقد يفت السرريات ان التكبير في التوسط الجراحي ليس ذا شأن يذكر في النتائج المقبلة سواء في هذه الاورام العفلية او في الاورام العفلية العظمية . فالبده بالاستشعاع جائز والحالة هذه غير ان المنوع هو التوسط الجراحي الضيق الذي يزيد الورم خبثاً وذلك ثابت في كثير من المشاهدات . ففتى شق الورم واقتطعت منه خزعة وثبت خبثه وجب بقره بلا تردد . وتشميم الكتف او الورك ضرورة لا غنى عنها في كثير من الحالات حتى ان العمليات الاوسع منها قد تكون ضرورية : تشميم الكتف مع استئصال اللوح والح . . .

ان هذه الجراحة الجادة هي ما قرره الباحثان في نهاية تقريرهما .

الناقطة :

فوردون تيلور (لوندن) : عالج ١٩ حادثة شخصية واستشير في امر خمسة مرضى وجمع من زملائه الانكليز ٤٣ فيكون مدار حديثه على ٦٧ حادثة من اورام المضلات العفلية وقد شفع بحثه ببعض مناظر القانونوس

السحري ولقت الانظار الى خطأ التشخيص الكثير الوقوع والى علاقة هذه الاورام بالرض وتسكلم عن المالمات التي استعملها في حوادثه الخاصة فقال ان الراديوم لم يأت به بنتيجة تذكر واما الاستشعاع العميق فقد افاد في بعض الحادئات وهو يشارك الباحثين في ضرورة الاستئصال الواسع .

تيكسيه (ليون) : يعتقد ان تقرير الباحثين المستند الى براهين متينة عمل مفيد جداً له شأنه الكبير في الممارسة . وغير نكير ان الاورام العفلية في السعائب الضامة تستدعي استئصالاً واسعاً لجثاً ونكسها . وكل عملية اقتصادية على الرغم من سهولة استئصال الورم تفضي الى الحيلة المحققة . وقد اهتم تيكسيه بدرس هذا الموضوع منذ السنة ١٨٩٥ فظن في الزمن الاول من ممارسته لجراحة هذه الاورام ان العمليات الاقتصادية كافية فيها فكان النكس نصيبه . غير ان اوجين بولوسون في السنة ١٩٢٥ استنتج في اطروحته بعد درس المشاهدات التي بنى بحته عليها نتيجة مما كسة هي الاستئصال الواسع الذي يستطيع وحده جعل المريض في حرز من نكس هذه الاورام الحبيثة . وقد كثرت الاعتراضات على هذه النتيجة التي جاء بها غير ان المشاهدات التي عقيت هذه الاطروحة اثبتت صحتها .

هامان وغريمو (ناسي ، الفرائج) : صادف في اربع سنوات ٨ حادئات من اورام التضخ الضامة الحبيثة وقد جاءا بمشاهدين غميسيتين :

- ١ - ورم وعائي خيث سربع السير نكس بعد الاستئصال بشهرين
- ٢ - ورم غفلي مغزلي الحلايا قد استمر شفاؤه منذ اربع سنوات وقد سار هذا الورم الثاني في زمنين : في الاول منها كان الورم صغيراً غير مؤلم

بطيء السير ثم ازداد حجمه فجأة وهذه الاورام احسن انذاراً في الغالب
وتفعل الاشعة في بعض من هذه الاورام فعلاً حسناً . فان احداً الاورام
المنتشرة التي لم يكن للجراحة حيلة فيه ذاب تماماً بالاشعة ولا يزال شفاؤه
ثابتاً منذ ١٨ شهراً .

فالتوسط الباكر واتقان الطرز الجراحي والاستشفاء قد يحسنان
انذار هذه الاورام الخطر .

باكلاز (بريس) : يشير بالاشعاع اولاً في جميع الاورام العظمية لان
٣٠٪ من هذه الاورام يتأثر بالاشعة ولان ١٠٪ منها يستمر شفاؤه اكثر
من ٣ سنوات وبما ان معرفة الاورام التي تتأثر بالاشعة صعبة قبل استئصالها
فلا بد من البدء بها فاذا تحسن الورم بعدها اجتبت العمليات الجادة واذا لم
يحسن تكون العملية قد تأخرت قليلاً غير انها تظل مفيدة .



جورج ادورد بوست (١٨٣٨-١٩٠٩)

٢.

حياته وتأليفه

للطبيب لطفي الحنوي

ترجمة الطبيب ميشال خوري

الجراحة

كانت الجراحة الحرفة التي اختارها بوست ومال اليها ميلاً طبعياً . فقد كان جراحاً جريئاً ماهراً ، وكان واسع الحيلة لبقاً في عمله ، يشعر باللذة حين القيام به ، وبدأ بممارسة الجراحة بعد السنة ١٨٦٠ بمدة قليلة ، اي قبل ان اخذت تعاليم باستور ولستر بان تترك في الجراحة اثرأ حرياً بالذكر . وحوالي السنة ١٨٧٧ - وربما كان قبل ذلك بسنة او سنتين - بدأ باستعمال اساليب لستر اي اخذ باجراء عملياته تحت رشاش حامض الكربون ، وبوضع الاضمة المثقفة المضادة للعفونة . وبقي يزاول الجراحة المضادة للعفونة عدداً من السنين بشكل معتدل بسيط . اما الاساليب اللاعقبة العرفة . ، فليس من الثابت انه وقف عليها وقوفاً تاماً او انه اقتبس اصولها ، وليس ذلك بالعجيب ، لانه لم يكن مطلعاً على الطرق العملية في فن الجراثيم . ويصدق ذلك على معظم الاطباء في عصره الذين لم يكونوا مدربين في الاساليب العملية الجهرية ، ولم يكونوا يحسنون استعمال المهر لافراض طيبة .

وكان الدكتور بوست ماهراً في استخراج حصيات المثانة . واجرى من هذه العملية الى السنة ١٩٠٠ على الاقل ٧٠٠ عملية واحصاء عملياته لاستخراج الحصى البولية مفهرس في مجلة السجل الطبي الصادرة في ٢٠ تموز من السنة ١٨٧٧ وفي ٣٠ تشرين الاول من السنة ١٨٨٠ وفي ٦ تموز من السنة ١٩٠٧ وهو يصف في هذه المقالة الاخيرة العملية الابطالية بكونها عجائية نصفية ويقول فيها : كانت تستخرج معظم الحصى الصغيرة من بضوع قصيرة جداً ، لا تكاد تسمح بادخال الاصبع الى المثانة وكثير منها كان يشفى بالمقصد الاول ، ولم يكن يحدث نزف حري بالذكر الا في القليل منها . ، واما العملية العربية فكانت تجري بادخال اصبع او اثنتين الى المستقيم ، ثم تدفع الحصاة الى الاسفل الى ان تبرز في العجان فيشق عليها بالموسى . وكثيراً ما تقطع المصرة في هذه العملية فيتكون ناسور لا يشفى عادة . ويذكر في هذه المقالة جدول حصيات المثانة المستخرجة بطريق العجان وبالطريق الحثلي وبالتفتيت وحصيات الاحليل في الرجل وحصيات المويثة والحصيات المويثة المثانية وحصيات المثانة في المرأة وحصيات الكلية والمالب

فليس بالغريب ان تكون مجموعة حصيات المثانة في متحف الجامعة الاميركية الجراحي في بيروت عديدة الى هذه الدرجة هذا مع العلم انه اضيف اليها عدد كبير منذ زمن الدكتور بوست . ولكن مما لا شك فيه ان الجانب الاعظم من هذه الحصى المروضة في المتحف المذكور استخرجه الدكتور بوست . وذكر ويلفريد بوست في رسالة شخصية بعث بها الى المؤلف : ان المقد السلية كانت تستخرج بصورة دائمة في زمن

الدكتور بوست وكان عظيم السرعة والخلق في استئصالها حتى انه كان يجري عملياته في جانبي العنق بسرعة لا تقل عن السرعة التي كان يجري بها اكثر الجراحين العملية نفسها في جانب واحد . وكان يستعمل دائماً الموضع الصغير في عمله فلا يحدث الا شيئاً طفيفاً من النزف .

ولم يقصر بوست ممارسته الجراحية على ما نسميه اليوم بالاختصاص ، بل تناول بفنه جميع فروع الجراحة العامة فزاولها كما كانت تراول يومئذٍ ومما يدل على انه كان يجري عمليات الميون ما روته عنه ابنته المسز الفريدا كوهرت فيما يلي :

« كان الدكتور بوست موقفاً في عملية الساد ، يطرب اشد الطرب حين تقتون عملياته بالشفاء واذكر بهذه المناسبة ان قسيساً مسناً من الافاضول أصيب بالساد ففقد بصره فاجرى له الدكتور بوست العملية . وكان من عادة الدكتور عقد اجتماع ديني في الساعة الخامسة من كل يوم احد في اكبر قاعات المستشفى . فقاد احد الاولاد المرضى القسيس الى هذا الاجتماع ، وعيناه لا تزالان مربوطتين اما الولد فاجلس القسيس ثم جلس بدوره مع الاولاد الآخرين على ارض القاعة . وكانت بنات الميتم الالماني ينشدن الصلوات بمساوقة بديعة ووجه القسيس يشرق قبضة وجوراً وهو آخذ بالاصغاء الى الانشاد . وبعد بضعة ايام دفع الدكتور الرباط عن عيني القسيس وما كان اشد سرور هذا الاخير حين تحقق انه استرجع بصره المفقود .

المواد الطبية

كان الدكتور بوست يرى ان علمي الجراحة والنبات يتفقان ومهنة التعليم التي كان يقوم بها. ولكن سير الاعمال في مؤسسة كالكلية السورية الانجيلية يقضي بالقيام بالكثير من الاعمال الصعبة التي لا تأتلف مع ذوق القائم بها. وكان على كل فرد من هيئة التعليم فيها ان يقوم بقسط من هذه الاعمال وكانت العرية في ذلك العهد لغة التعليم في فروع الكلية كافة. وعدد الاساتذة الذين يستطيعون تعليم العلوم الطبية باللغة العربية قليلاً، يصعب ايجادهم بمدة قصيرة. وكان لا بد من تعليم درس مفردات الطب باللغة العربية ذلك الدرس الذي كان يحشاه الاساتذة والطلبة على السواء في عهد كان علم فعل الادوية فيه لا يزال جديداً لم يدرك دور الطفولة. فلم يكن احد غير الدكتور بوست اهلاً لتولي هذا الدرس في الكلية السورية الانجيلية اذ ان مقتضيات الزمان والمكان والاحوال قضت بان يكون هو استاذاً له فقام باعبائه بكل ما اوتيته من نشاط وعزم. وبعد ان تولى تدريسه عدداً من السنين قال لا أحد تلامذته القديما: «اتي اري مبضمي وما اصنع به حين اقطع جسم المريض، واشاهد الحلل في موضع الداء، وما يجب عمله لاصلاح الحلل. وبعد انتهاء العملية اعرف ماذا صنعت. ولكنني ارى في استعمال الجبوب والمساحيق والاشربة وسواها من المستحضرات الطبية شيئاً كثيراً من الحدس والتخمين».

علم النبات

كان علم النبات اهلية الدكتور بوست. وبما انه كان في زمن حدوثه

مهدداً بالسل الرئوي ، فقد نصحه الاطباء بان يقضي جانباً كبيراً من وقته في الهواء الطلق . فولد في نفسه الميل الى النباتات وبقي علم النبات ألهيته الوحيدة طيلة حياته . وما لبث ان اخذ يجمع جمعاً متظماً نباتات اية فاحية من البلاد التي كان يشق وجوده فيها . فكانت نتيجة عمله ان نشر في السنة ١٨٩٦ (او حوالي هذه السنة اذ ان الكتاب بدون تاريخ) كتابه « نباتات سوريا وفلسطين وسيناء » . وما المجموعة النباتية الكبيرة المحفوظة في بناية بوست بالجامعة الاميركية في بيروت الا دليلاً على تعلقه بهذا العلم . وهذه المجموعة تتألف من نباتات مجففة مضغوطة ، مسماة ومصنفة . ويشمل فيها جانب كبير من نباتات سواحل البحر المتوسط . ومع شدة شغفه بعلم النبات المصنف لم يُعِر في كتابه آلاف الذكريات كبراً لاشكال النباتات ووظائفها

البناء

اولع الدكتور بوست بوضع صور الدور المختلفة والاشراف على بنائها كالتنازل الخاصة ، ودور الكلية ، والمستشفيات ، والمتاحف وغير ذلك . وهو الذي وضع رسم منزله في بيروت وعاليه . واشرف على بناء بناية بوست في الكلية . وكان بين الدكتور بوست والمستر جسب صداقة اشتدت اواصرها وطالت مدتها ، فكانت من اكبر العوامل التي حملت هذا الاخير على ان يبني مستشفى النساء والاولاد ومدرسة الممرضات التي تعرف الآن بوقف ماريادي ويت جسب ، وان يهبها الجامعة الاميركية في بيروت فكان لا بد من الاستمانة بالدكتور بوست في تشييد بنايات المستشفى . لما عرف

به من شدة النشاط والحذق في فن البناء ، والبراعة في معاملة المقاولين
العمال الوطنيين .

صفاته الخاصة

كان بوست رجلاً عجيباً في نشاطه فيقبل على العمل بهمة لا تعرف الملل
وكان قوي الارادة ، ثابتاً لا يتحول عن عزمه ، صادقاً في معاملة جميع الذين
يتفق وجودهم تحت سلطته . وكان مستبداً في شؤونه ، صريحاً في تصرفاته
واوجدته الطيبة حاد المزاج ولكنه كان في الغالب يملك قياد نفسه . والحادثة
التالية تدل على هدوء جأشه وذلك انه في ايامه الاولى بينما كان يعقد اجتماعاً
دينياً صغيراً يوم الاحد في احدى قرى جبل لبنان ، تسلق بعض الرعايا جدار
المكان حيث كان يعقد الاجتماع محاولين تفريق المجتمعين . ويظهر انهم ارادوا
الفتنة اذ ان احدهم كان يحمل يده خنجراً فوضعه بين اسنانه واخذ بالنزول من
اعلى الجدار الى داخل المكان . وحين اراد ان يقفز الى الارض سقط الخنجر من
فه ، فهجم بوست الى الامام والتقط الخنجر عن الارض . ثم انه انحنى امام
الرجل وقدم اليه الخنجر جاعلاً قبضته نحو الرجل وكله بالعريية ببعض عبارات
لطيفة تناسب المقام ، في حين ان المجتمعين كان بعضهم آخذاً بالصراخ
والبعض الآخر يبحس انفاسه من الاضطراب . اما الرجل فتملكته الحيرة
وخجل من نفسه ، فتناول الخنجر ووضعه في عنقه . ثم انه تسلق الجدار
وتوارى عن الانظار فماد الدكتور بوست الى مكانه وتابع الاجتماع .

واصبح الدكتور بوست من اكبر العوامل في تنظيم مدرسة الطب
وارتقاؤها . وكان احد العاملين لجعل شهادتها معترفاً بها من الحكومة العثمانية

وكانت سوريا في القرن التاسع عشر من ولايات الدولة العثمانية . وبقيت كذلك الى نهاية الحرب الكبرى . وكان في مقدمة مشاغل عمدة الكلية السورية الانجليزية في سنواتها الاولى حمل الحكومة التركية على الاعتراف رسمياً بخرجي مدرسة الطب . وكانت المفاوضات بين الجانبين تجري بواسطة سفير الولايات المتحدة في الاسكندرية . غير ان هذه المفاوضات الطويلة لم تقترب بالنجاح المرغوب فيه ، فعزمت عمدة الكلية على ارسال احد اعضائها الى الاسكندرية ليمثلها تمثيلاً صادقاً لدى السلطات ذات الاختصاص على ان يقيم فيها المدة الكافية الى ان يظفر بالاعتراف المطلوب . واختير الدكتور بوسن للقيام بهذه المهمة الخطيرة فسافر الى الاسكندرية حيث قابل ولاة الامور فيها مراراً عديدة . وبعد جهادٍ طويل . تكللت مهمته بالنجاح فاعترفت الحكومة العثمانية رسمياً بمدرسة الطب في الكلية السورية الانجليزية واصبح يحق لحاملي شهادتها التقدم الى الامتحان في مكتب الطب العثماني في الاسكندرية ، فمن فاز منهم في هذا الامتحان نال شهادة الحكومة الرسمية ومنح لقب دكتور في الطب فيصبح من حقه تعاطي الطب والجراحة في اي بقعة من بقاع الدولة ، ويكون اهلاً لتقلد اية وظيفة ملكية او عسكرية تعهد بها اليه الحكومة . وبعد ذلك اي حوالي السنة ١٩٠٥ امكن الوصول بواسطة الدكتور بوسن الى اتفاق آخر افضل من الاول فاخذ مكتب الطب العثماني على نفسه ان يرسل الى بيروت سنوياً في شهر حزيران لجنة مؤلفة من ثلاثة اساتذة يفوض اليهم فحص طلاب الصف المنتهي في مدرسة الطب بالكلية السورية الانجليزية واعطاء مصدقة موقفة للفائزين

منهم . وكانت تبدل هذه المصدقة بعد ارسالها الى الاستانة بواسطة السفارة الاميركية ، بشهادة دكتور في الطب يعطيها مكتب الطب العثماني صاحب المصدقة بدون اجراء غير ذلك من المعاملات الرسمية . وترسل الشهادة اليه بواسطة السفارة الاميركية في الاستانة وصمدة الكلية السورية الانجيلية في بيروت .

وكاستاذ فانه كان متحمساً ، مشجعاً ، وكان مؤثراً باسلوبه ، جليلاً بإيضاحه غنياً بأمثاله . وهانحن ندرج جزءاً من كتاب احد تلامذته القدماء ، وهو طبيب مشهور يقيم في الشرق الأدنى ، يبين صاحبه رأيه الشخصي بالدكتور دبوست قال ،

« وجدت الدكتور دبوست كاستاذ واسع العلم اكثر منه مهذباً ، كثير الاطلاع اكثر منه قوي الحجة . وكانت طريقته في التعليم في مدة تلميذي عليه ، انه كان يعين الدرس الواجب في عدد من صفحات الكتاب الذي يعلنا به ، وفي المرة التالية حين اجتماع الصف لالقاء الدرس كان يطلب من التلميذ الواحد اعادته فقرة فقرة عن ظهر قلبه ملتزماً في القائه بقدر الامكان النص الوارد في الكتاب الذي كان يفتحه الدكتور امامه وينظر اليه متبهماً اقوال الطالب . وما دام هذا يسير في ترديد الدرس بدون توقف ولا تردد كان في الغالب في مأمن من الاسئلة التي قد يمارضه بها الدكتور دبوست . وكان يسمح لاعضاء الصف بالقاء الاسئلة عليه في موضوع المثالة ، ولكنه كان قليل الصبر اذا تناول الطلاب رأيه بالنقد والتقد ، ولا يستطيع الاقرار بخطاؤه في اية حال من الاحوال ، او ان يجيب عن احد الاسئلة بقوله

لا ادري. ولست اعلم ما اذا كان قد بدل شيئاً من طريقته هذه على ممر السنين ، ام بقي كما عرفته في المدة التي كنت فيها احد تلامذته . ونذكر بهذا الصدد ان الدكتور بوست كان في شيخوخته ثقیل السمع وكان ذلك من اكبر الصعوبات التي تفرضه في التعليم ولا سيما اذا كان الطالب غير واضح القول منخفض الصوت . وزاد صممه بتقدمه في العمر ولكن تلامذته جعلوه في مأمن من الازعاج في ترديد الدرس او الاجابة عن الاسئلة ، اذ اقتبسوا عادة الصباح بأعلى اصواتهم حين الالتقاء . وسأله مرة ابنه الدكتور ويلفرد بوست عما اذا كان الطلاب يخذعونه بتلقين بعضهم بعضاً حين الدرس او التمعن . فقال كلاً لست اسمع اصواتهم حين يلقن منهم الواحد الآخر ولكني اعرف ذلك من حركات شواربهم . انتهى

وكان الكثيرون من تلامذته يطلقون عليه لقب ابي الجراحة في هذه الربوع . وكثيراً ما كان الطلاب يشاركون الاستاذ في عمله ومما تدل على مقدرته في الادارة القصة التالية :

كان في الكلية السودية الانجبية في اول عهدها عدد من طلاب الطب الاحداث الذين لم يكن لهم من الوسائط المادية ما يمكنهم من طلب العلم . فكانت الكلية تساعد عدداً منهم بتعليمهم مجاناً لقاء بعض الاعمال النظامية التي يقومون بها . ولم يكن بعد صنع في ذلك الحين فهرس للكتاب المقدس مع شدة حاجة المرسلين والواعظين اليه . وبما ان الدكتور بوست كان قسيساً انجليكياً كما كان دكتوراً في الطب فقد اخذ على عاتقه اعداد هذا الفهرس مستعيناً بالطلاب المجانيين في الكلية . فنظم العمل على الوجه الآتي

وذلك انه وضع على منضدة طويلة ضيقة النضاداً او كوماً من الورق الايض عددها ٢٨ اي بعدد حروف الهجاء وجعلها في صفين خصص كل نضد منها لحد الحروف . وجعل احد الطلاب يجلس الى رأس المنضدة حيث يبعد اليه بان يقرأ ببطء الآية الواحدة من التوراة بعد الاخرى اما الطلاب الآخرون فيجلسون او يقفون الى جانبي المنضدة ويكون كل منهم مولجاً بخمسة او ستة من الحروف وما يقابلها من انضاد الورق . وحين يبدأ الطالب الاول بالقراءة يأخذ الآخرون بتدوين الكلمات الرئيسة على الورق كل منهم يدون الكلمة التي تبدأ بالحرف الذي يخصه . ويكتب بجانبها مكان ورود الآية في التوراة اي انه يدون ايضاً السفر والاصحاح وعدد الآية وما يلي الكلمة من بقية الآية . وظاهر ان هذا العمل جسيم عسير بطيء . ومع ما فيه من المشقة استطاع ستة طلاب انجازها في بضع سنوات . وكما سبق القول فان هذا القهرس تم اعداده باشراف الدكتور بوست ومناظرته ، غير انه كثيراً ما كان يترك الطلاب وشأنهم ولا سيما بعد ان وقفوا على طريقة العمل واصبح بإمكانهم القيام به مفردين .

وقضى تنظيم مدرسة الطب في الكلية السورية الانجيلية بتأليف الكتب باللغة العربية وبما ان هذه الكتب كادت لا توجد في ذلك الحين ، فقد اخذ الدكتور بوست على عاتقه تأليف كتب في الجراحة والنبات ومفردات الطب وبعض العلوم الاخرى . وجعل كتاب الجراحة على غرار المؤلف الذي وضعه في هذا العلم روبرت دروث . اما كتاب النبات فنقله بتصرف عن كتاب « كيف ينمو النبات » وهو مؤلف ابتدائي مشهور لصاحبه آزاغراي

والف كتاب مفردات الطب على اساس كتاب انكليزي لمؤلفه القريب بارنغ فارود. ولكنه لم يقصر همه على تأليف الكتاب للطلاب بل اراد ان يمدى ذلك الى نشر التأليف التي يستفيد منها الاطباء بعد نيلهم الشهادة فلا تغيب عنهم حركة التقدم العلمي . وبعد ان اتقضى على افتتاح الكلية السورية الانجيلية ثماني او عشر سنين اصبح خريجوها من الاطباء عدداً لا يستهان به وهؤلاء كانوا يزاولون الطب في انحاء البلاد المختلفة . وكان معظم هؤلاء الاطباء الاحداث من التاجعين في اعمالهم وبعضهم خدمه التوفيق فاصبح من البارزين . ولكن مما يؤسف له ان اساتذة هؤلاء الاطباء تحققوا بعد حين ان القليلين منهم يباشرون العلوم الطبية في تقدمها فكانهم يحاولون ان ما تلقنوه من الطب والجراحة وهم طلاب انما هو الكلمة الاخيرة فلا يمكن ان يتبدل او ان يزيد على عمر الايام . فيستسلمون الى الخمول والتقهقر ، واخيراً يصبحون من الوجوه العلمية اشبه بالتحجرات الحية قبل بلوغهم اواسط العمر . ولا ريب ان لهذه الحالة المؤسفة اسباباً مختلفة غير ان الدكتور بوست كان يمزوها الى سبيين اولهما عدم وجود الجرائد والمجلات الطبية التي تطبع باللغة العربية وثانيهما ان شروط الدخول الى مدرسة الطب في الكلية السورية الانجيلية كانت تقضي على الطالب بان يعرف على الاقل احدى اللغات الاوروبية بعض المرفة ، والحقيقة ان القليل من الخريجين كان يحسن من هذه اللغات ما يمكنه من ان يقرأ بسهولة كتبها ومجلاتا الطبية وان يفهمها فهماً كافياً . فعزم الدكتور بوست والحالة هذه ان ينشر مجلة طبية شهرية اسمها «الطبيب» وقال شخصياً امتياز طبها ونشرها بصفة مديرها المسؤول . ومع

ان مشاغله الكثيرة كانت تستنزف كل ما لديه من الوقت وما له من القوة، فانه اصبح الآن مجبراً على الكتابة وانشاء المقالات، او ان يحصل بمختلف الوسائل في كل شهر على المواد اللازمة للصفحات المجلة ليستطيع تقديمها الى القراء. وظاهر ان هذا العمل فوق طاقة رجل واحد فاستعان باحد تلامذته القدماء لانشاء بعض ابواب المجلة. وسهل عليه ذلك لان هذا المساعد كان يعلم اذ ذاك في الكلية السورية الانجيلية.

ولا ريب ان من تجرد عن الغرض وكانت له خبرة في انشاء الصحف والمجلات، يرى ان هذه المجازفة لا يمكن ان يقبض لها النجاح من الوجهة المالية، اذ انه لم يكن في البلاد حينئذ عدد كافٍ من الاطباء الناطقين بالربية، هذا على فرض ان كلاً منهم اصبح من قراء المجلة فاشترك بها ودفع بدل الاشتراك بصورة منتظمة. وفضلاً عن ذلك لم يكن بالمستطاع الاعتماد على ربيع الاعلانات في المجلة لتلافي العجز الحاصل، لانه لم يكن في ذلك المهد ما كان حراً بالاعلان عنه في مجلة طيبة. غير ان الدكتور بوست لم يستكف من بذل الجهود الجبارة في سبيل المجلة، ولم يحجم عن القيام بكل التضحيات الشخصية الواجبة، فاستطاع بذلك ابقاء مجلة الطيب حية بضعة سنوات. ولكنه اجبر في النهاية على وقفها بعد ان يقن من استحالة بقائها في قيد الحياة. وقبل احتجاب المجلة حاول اطلاق آخر سهم من كنانته فمهد بادارتها ونشرها الى تلامذته القدماء الواحد منهم بعد الآخر. غير ان هؤلاء لم يكونوا اسعد حظاً من استاذهم، فلم يعال الأمد حتي توقفت المجلة عن الصدور، وتهد بها المصير المقدر.

يشهد ما تقدم على ما اتصف به بوسـت من المثابة والاقدام بلوغ اغراضه . ولم يكن مدققاً في شؤونه العلمية ففسب بل المشهور عنه انه كان حريصاً متشدداً في شؤونه المالية الى درجة الطمع . واشتهر عنه ذلك لان من مبادئه او من عاداته الطبيعية ان يحرص على نيل حقوقه غير منقوصة في كل معاملة . فاذا عقد صفقة او اتفاقاً مع احد الناس يطلب اليه تنفيذ بنود الاتفاق حرفاً حرفاً وكان من طبعه حب الهزل والفكاهة . ولكن ذلك كان يبلغ به احياناً درجة التهكم . وكان من الافذاذ الفلاثل من حيث اقتداره في اللغة الانكليزية وكان خطيباً مصقماً صحيح البيان جليّ الموضوع . اما في مهته فكان من مهرة الاطباء فاستطاع بذلك ان يجتذب اليه عدداً كبيراً من الاصدقاء من كل الطبقات والمذاهب . وكان بين مرضاه عدد من الرجال البارزين نظير الامير عبد القادر الجزائري الذي حارب الجيوش الفرنسية مدة خمس عشرة سنة ثم غلب على امره فاستسلم الى الجنرال لاموريسير الفرنسي واقسم يمين الاخلاص لفرنسا . بعد ان كان من الـد أعدائها . وفي سنة ١٨٥٢ تغاه لويس نابليون الى دمشق التي اختارها مقاماً له ، وجعل له راتباً كبيراً يليق بمقامه الرفيع .

وكان من مرضاه ايضاً رستم باشا متصرف لبنان الذي كان يعرف بالحاكم العادل (١٨٧١ - ١٨٨١) فان الباشا كان يحشو خراطيشه بنديقته ، فانفجرت احداها في يده وجرحته جرحاً بليفاً . فعالجه الدكتور بوسـت واستطاع بمهارته المحافظة على الاصابع ما عدا اثنتين منها كان نصيبهما البتر . فـدّر الباشا سروراً عظيماً واراد مقابلة الجليل بمثله فزار الكلية بعد شفائه

وتفقد اقسامها ثم انه كتب رسمياً الى اصدقائه من الوزراء في الاستانة فاستطاع بنفوذه لديهم من اكتساب عطف الحكومة على الكلية ، وسواها من المدارس الاميركية .

غيرته الدينية

كان بوس انجيلياً مخلصاً ومرسلاً مسيحياً حقيقياً يتصف بالغيرة على المذهب الانجيلي كما كان على فن الجراحة ، مع ان هذه الاخيرة كانت تسترق الجانب الأعظم من اوقاته . وكان محافظاً أكثر منه مجدداً ، متمسكاً بمذهبه أكثر منه متساهلاً نحو مذاهب الآخرين . وذكر القس ص . م . زويمر في كتابه « مهد الاسلام » ان بوس حضر الاجتماعات الدينية في مدينة شيكاغو باميركا وكان يخطب في ذلك الاجتماع المسلم الاميركي محمد وب فاطرى الاسلام والقرآن اطراءً عظيماً فما كان من الدكتور بوس الا ان وقف ورد عليه ردأً حمل به على القرآن حملة عنيفة . وقال عنه ابنه الدكتور ويلفريد بوس بنفس المعنى « لم يكن ابي من المسيحيين بالنبي محمد ولكنه كان يجتنب الكلام عنه في مواضعه واحاديثه وظاهر ان هذه الصفة التي كان يتصف بها الدكتور بوس في سوريا لم تكن ناجمة عن تساهله واحترامه للاديان الاخرى . وربما كان السبب في ذلك على حد ما يعتقد به احد تلامذة الدكتور القدماء ، ان أكثر الغربيين عن التقاليد الاسلامية لا يستطيعون ان يفهموا فهماً كاملاً التطور الاجتماعي لفكر والمادات المرية . واريد ان اقول تبريراً للدكتور بوس انني بعد المشاهدة والاختبار وجدت ان الكثيرين من الغربيين يظهرون بانهم لا يستطيعون فهم حقيقة تعاليم القرآن

واستحسان ما اخضع منها بالزواج والطلاق وتمدد الزوجات ، وبالأحوال الشخصية للنساء من الوجبة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغير ذلك . وليس بإمكانهم ان يروا ان الشريعة الاسلامية جعلت ملائمة للزمان والمكان والاحوال التي وضعت لها ، موافقة للاخلاق الحامية التي كان يتحلى بها الشعب الذي نشأت فيه ، ولتاريخه وعاداته وتقاليده ومزاجه ودرجة ارتقائه النفسي ولا يستطيع هؤلاء النفر من الغربيين ان يتحققوا ويביجوا بما احدثته الشريعة الاسلامية ، من التقدم الاجتماعي وما له من الخطوة الروحية . وغاب عنهم ان الشريعة الاسلامية تفوق كل ما كان منتشرأ في شبه جزيرة العرب من المذاهب والعادات قبل زمن النبي محمد وما بقي شائماً منها بعده في الاصقاع البعيدة النائية من تلك الجزيرة العظيمة . وبعض من هؤلاء الناس لا يعرف ان كثيراً من الامور تبيحها الشريعة ولا تأمر بها ، وان بعض العادات الشائنة عند بعض الامم الاسلامية لا تحمل تبعها الدين الاسلامي ، كما ان الكثير من العادات الذميمة الشائنة عند الملل المسيحية المختلفة لا تحمل تبعها الديانة المسيحية . ثم ان الكثيرين ممن انتقدوا الاسلام لا يعرفون عنه الا الشيء القليل ، ولذلك فهم يسيئون فهمه ويسئون افهامه للآخرين وتكون النتيجة انتشار هذه الآراء بشأن الاسلام وانتقالها من الكاتب الواحد الى الآخر بدون ان يتأولها التدقيق والتحصيل ، هذا اذا لم يكن قد عمل التعصب عمله فيها فشوها وافسد حقيقتها بتأثير الثمرات الخلفة التي قد تتطور فتصبح عداء صريحاً وعليه فاننا بازاء هذه الحقائق الثابتة نستطيع ان نرى ان موقف الدكتور بوست من القران ، انما هو مثال واحد من الامثلة الكثيرة من هذا النوع

يفقد اذ ذاك هذا الموقف شيئاً كثيراً من قيمته الشخصية . و يضيف ابن الدكتور بوست الى ما تقدم ان بعض المرسلين من الاميركان يرون انه قد حان الوقت للحملة على الاسلام ونقده بالحجج الرئيسية والبراهين اللاهوتية التي تظهر فساد الدين الاسلامي فتجعل المسلمين يغيرون دينهم على انه يقول ان والده لم يكن يوافق على هذه الخطة المقيمة بل كان يقول « اتنا نريد ان يصبح المسلمون مسيحيين ونرغب اليهم نذ تعدد الزوجات ورفع الحجاب ولكن قبل ان نجعلهم مسيحيين علينا ان نجعلهم اصدقاء » اذ اننا لا نقلب الاسلام بمقائدها بل بحسن سيرتنا » .

وكان بوست ينشر المقالات الدينية تباعاً في مجلة مدرسة الاحد وفي مجلة الانجيلي واشتهر في عالم المرسلات الدينية على اثر خطبة القاها في مؤتمر المرسلين بلندن في السنة ١٨٨٨ .

ولم يكن الدكتور بوست يستطيع تحمل ما يصيب سواه من الألم والعذاب . ومما ادهقه في الصيف الاخير من حياته ، الصناه الذي اصابه في محاولته مد يد المونة لمنكوبي المذابح الارمنية في اذنه في السنة ١٩٠٩ . وكان عضواً في لجنة جمعية الصليب الاحمر الخاصة ببيروت . ومما يذكر ان اول بعثة اسماف تمكنت من الوصول الى المناطق المنكوبة كانت البعثة التي اوفدها هذه اللجنة . وكانت تتألف البعثة المذكورة من اطباء والمرضات ومعهم المقادير الكافية من الادوية والاقوات . واثر فيه تأثيراً عظيماً حبوط الحركة الاصلاحية في الدولة العثمانية وما ظهر فيها من اسالة فهم الحرية الحقيقية في الشؤون الدينية والاجتماعية . وما عقب ذلك من الحوادث الدالة

على التمسب والقساوة .

واثرت في نفسه تأثيراً عظيماً ثورة الطلاب المسلمين في الكلية وامتناعهم عن حضور الاجتماعات الدينية وصفوف التوراة . ومع ان هذه الثورة امكن التغلب عليها بمحزم الادارة وصلابتها ، فان حدوثها ترك أثراً عظيماً في قوى الدكتور بوست المتداعة .

واخيراً اصابه زكام شديد انقلب الى التهاب في الرئة كان السبب في وفاته . واسلم انقاسه الاخيرة في منزله بقرية عاليه بلبنان حوالي نصف الليل في ٢٩ ايلول من السنة ١٩٠٩ فاقام له على الاثر اصدقاؤه المحبون صلاة بسيطة وهم الدكارة هنري وصموئيل جيب ، ودانيال بلس . وتوافد اهل القرية زرافات لاظهار حزنهم واحترامهم للمرة الاخيرة وشاؤوا ان يحملوا النعش الى حدود القرية .

واقامت صلاة اخرى عمومية عن نفسه في كنيسة المرسلية الانجيلية في بيروت فترأس الصلاة رئيس الكلية الدكتور هورد بلس . وأبنه كل من القس صموئيل جيب والقس هوسكنس والقس هاردن بالفتين الانكليزية والعربية . ودفن في مقبرة المرسلية القديمة حيث رقد كثير من اصدقائه وقرنتهم الاخيرة .
درجاته الطبية وامتته

قال الدكتور بوست اعترافاً بخدماته الجليلة درجة دكتور في اللاهوت من جامعة نيويورك في السنة ١٩٠١ ، وقال الرتبة الشرفية تمسها من جامعة ابردين في السنة ١٨٩٦ . ومنحته الحكومة الالمانية وسام النسر الاحمر ووسام فرسان بيت المقدس . كما ان الحكومة العثمانية منحته الوسام المجيدي العثماني

وقال وساماً آخر من دوقية سكسونيا وكان عضواً في عدد كبير من الجمعيات والجامع الطبية والعلمية في فيلادلفيا ونيويورك ولندن واونبرغ .
زوجته واولاده

تزوج جورج ادورد بوست في السنة ١٨٦٣ وهو في الخامسة والعشرين من ساره ديد ابنة فرنسيس وروبرت ديد من جبورجثون في كارولينا الشمالية وخلفتة زوجته بعد ان قاسمتة الحلاوة والمرارة في حياته الطويلة . وولد لهما ستة اولاد وهم : ارثر وروبرت والفريدا وفرنسيس وبرترام وويلفريد وهذان الاخيران دكتوران في الطب .
تأليفه

الف الدكتور بوست في العلوم الطبية والطبيعية والدينية اما مؤلفاته الطبية فهي التالية :

١) اخبار طبية وهي مجلة طبية شهرية عرية لم يصدر منها عن بيروت غير اربعة اعداد في السنة ١٨٧٤

٢) الطبيب وهي مجلة طبية عرية قامت مقام المجلة الاولى بعد احتجاجها ونشرت ثلاث سنين اي من السنة ١٨٧٤ الى السنة ١٨٧٦ ثم توقفت عن الصدور . ثم اعيد اصدارها سنة اخرى في السنة ١٨٨١ وثلاثي سنة في السنة ١٨٨٢ . وكان ينشئها في هاتين السنتين جورج بوست ووليم فاندريك اما مدير اشغالها فكان شاهين مكاربوس . وفي السنتين ١٨٨٤ و ١٨٨٥ اصدر منها ٢٤ جزءاً الشيخ ابراهيم اليازجي والد كثران بشاره زلزل وخبيل سعادته .
وصدرت كل هذه الاجزاء عن بيروت

(٣) المصباح الواضح في صناعة الجراح وهو مؤلف في الجراحة طبع في بيروت السنة ١٨٧٣

(٤) الاقرباذين او المواد الطبية نشر تباعاً في بيروت في السنوات ١٨٧٤ - ١٨٧٦ وبعد ذلك كملحق لمجلة الطبيب

(٥) مبادئ التشريح والهيكلين والقيسولوجيا صدر عن بيروت وتاريخه غير معروف .

اما مؤلفاته في التاريخ الطبي فهي التالية :

(٦) كتاب نظام الحلقات في سلسلة ذوات الفقرات صدر جزؤه الاول عن بيروت في السنة ١٨٦٩ وجزؤه الثاني في السنة ١٨٧٢

(٧) مبادئ علم النبات بيروت السنة ١٨٧١

(٨) نبات سوريا وفلسطين والقطر المصري بيروت السنة ١٨٨٤

(٩) جغرافية نبات سوريا وفلسطين وهي مقالة القاها بوست في مؤسسة فيكتوريا بلندن في السنة ١٨٨٨

(١٠) النبات نشر في عشرة اجزاء في لوزان ١٨٩٠ - ١٨٩٢

١١ - نبات سوريا وفلسطين وسيناء من طوروس الى رأس محمد ومن البحر المتوسط الى صحراء سوريا . نشرته الكلية السورية الانجيلية في السنة ١٨٨٣ . وهذا الكتاب هو افضل واكبر تصانيف بوست العلمية التي خصص لها افضل سنوات حياته .

(١١) مكرر طبعة ثانية للكتاب نفسه مصححة وفيها زيادات كثيرة اضافها الى المؤلف الاصلي جون ادورد دينسمور نشرته الجامعة الاميركية

في بيروت في السنة ١٩٣٢ - ١٩٣٣

واما مؤلفاته الدينية فهي التالية :

(١٢) فهرس الكتاب المقدس بيروت ١٨٧٣ - ١٨٧٧

(١٣) قاموس الكتاب المقدس بيروت ١٨٩٤ - ١٩٠١

وليدكر القارىء ان هذه القائمة المقدمة لا تشمل الا على اعظم مؤلفات
بوس شأناً وله مؤلفات ومقالات اخرى كثيرة دون هذه مقاماً لا يتسع
المجال لذكرها .



الغازات الحارقة

للعلم محمد محرم

استعملت الغازات الحارقة للمرة الاولى الجيوش الالمانية في اليوم الثاني والعشرين من نيسان عام ١٩١٥، ابان الحرب الكبرى ونشرت منها سعائب كثيفة على الخنادق الفرنسية في منطقة ايبير ، ثم عم استعمالها بعد ذلك حتى انتهاء الحرب .

والغازات الحارقة على اشكال : بعضها قتال يقتل حالاً بفلجه المجموع العصبي (كغاز الاسيدسيانديك مثلاً) وبعضها يمت بتسميمه عناء السم (كغاز حمض الكاربون مثلاً) كما ان بعضها يبيد بفلجه خلايا الرئة واحدائه الاختناق (كغاز الكلور ، والاوكسي كلوروردي كاربون) .

والى جانب هذه الانواع الخطرة من الغازات الحارقة غازات لاثمت بل تهيج دموع العين او تسبب عسرة في التنفس فقط ، وقذف الغازات الحارقة ، اما ان يكون بواسطة اوان خاصة ممتلئة بها تحت ضغط متوسط كما يحصل في الخنادق الالمانية من ساحات القتال او بواسطة قذائف المدافع والطائرات او قذائف اليد . وفي جميع هذه الحالات يكون الغاز المنطلق طبقة كثيفة على سطح الارض وينتشر بصورة تدريجية بتأثير الهواء وزداد شدته ووطأته كلما كان الطقس بارداً والرياح بطيئة ، واذا اضيفت مادة (كلوريدين سولفين) الى غاز خائف يصير كثيفاً كال دخان

ويسبب سعالاً فجائياً شديداً لمن يستنشق قبل ان يميته .

اعراض التسمم بالغازات الحاققة :

ان الغازات الحاققة على نوعين هامين

(١) غازات القتال .

(٢) غازات الانتحار .

١ . - غازات القتال : - تختلف وطأة هذه الغازات بحسب انواعها ايضاً ، فالنوع المعروف منها « بالمهلك » او « الصاعق » يقتل الانسان حالاً اذا استنشقته وقد مات بسببه كثير من المحاربين في خنادق الحرب الامامية . واما النوع المعروف « بالخطر » فانه يسمم الانسان ولا يقتله حالاً كغاز (الكلور) و (الاوكسي كلوروددي كلربون) او (فوسجين) و (الكلورو يكرين) و (الكلوروفورميات دي يكرين مع الكلور) او (پاليت Palite) و (السترون مع البروم) . والشخص المعرض لجميع هذه الغازات « الخطرة » يشعر في البدء بهيج ودمعان في عينه ودغدغة في حنجرته ثم يمسر في التنفس وانتفاض شديد في الصدر كالانتفاض الذي يشعر به المصابون بالربو ثم يشكو هوداً عضلياً قوياً يجبره على الوقوف اذا كان ماشياً ثم يقع على الارض مغمياً عليه ، وبعد قليل تزداد الدغدغة في حنجرته فيسعل سعالاً شديداً يرافقه قيء غزير . فاذا اسعف الشخص المتسمم او توقف انتشار الغاز فان حالته تحسن رويداً رويداً ويستفيق منزحجاً من ألم في حنجرته واسفل صدره ولكن هذا التحسن ظاهر لا يدوم اكثر من بضع ساعات (واحياناً ٢٤ او ٤٨ ساعة) تليه اعراض خطيرة ويصاب على

أثرها المسموم (١) بالتهاب القصبات والرئة معاً وقد يكون هذا الالتهاب شديداً ومفضياً إلى الموت (٢) ثم باعراض قلبية تعجل بسرعة النبض حتى ان نبضاته في بعض الحالات تزيد عن المائة في الدقيقة ثم يضعف النبض بعد هذه السرعة حتى ينزل الى الستين اما اذا ظل على سرعته رغم اسعاف الشخص المتسمم فان ذلك يدل على انه لن ينجو من الموت . اما الكلتيان فان الغاز الخافق يندر ان يؤثر فيها لذلك فان المتسمم يبول كمعادته بدون ان يحتاج الى اي مداخلة طبية . وقد شوهد في المتسممين بالغازات « الحظرة » اثناء الحرب العامة موات في الاطراف السفلية استوجب بتر تلك الاطراف . اما النوع المعروف بالغاز المنفط (Vésicant) من غازات القتال ومنه الايبريت (Ypérite) و(السولفورده تيل ديكلوره) فقد استعمل كثيراً اثناء الحرب العامة وكان يقذف من الصغوف الالمانية بواسطة قنابل عليها اشارة صليب اصفر . والغاز المنفط يمتاز من الغازات « المهلكة » « و » الحظرة » التي مر الكلام عنها (١) ببقائه مدةً طويلة على سطح الارض (٢) بعدم احداثه اعراضاً هامة في بدء التسمم بسبب استنشاقه او ملامسته فاذا اتفجرت قنبلة من القنابل الحاوية لغاز (الايبريت) مثلاً فان الاشياء القريبة من مكان اتفجارها تتشرب هذا الغاز مدةً طويلةً (احياناً ثلاثة ايام) واذا استنشق الانسان هذا الغاز فانه لا يشعر في بادىء الامر بأذى اترعاج بل يشم فقط رائحة تشبه رائحة التوم او الحردل . ومن هذا يتبين ان الغازات التي هي من طائفة الغازات « المنفطة » على جانب كبير من الخطورة لانها لا تزول حالاً من الاماكن التي انبعثت منها ولا انها تسمم الانسان بدون ان تحدث فيه

اعراضاً تستلزم الحذر والابتاء . وقد تبين من الاختبارات التي اجريت على غاز الايبريت ان هذا الغاز يسمى كل من يطأ ارضاً مضي على انفجاره من القنابل فيها ثلاثة ايام او اكثر ويسمى ايضاً الاشخاص الذين يلامسون او يستشقون رائحة ثياب من تعرضوا لاستنشاقه قبل ثلاثة ايام ولا تظهر اعراض التسمم بالايبيريت حالاً بل تظهر بعد مضي ست ساعات او اثنتي عشرة ساعة . هذا اذا كانت مقاديره قليلة ، اما اذا كانت وافرة فان الاعراض تظهر بعد ساعتين . وهذه الاعراض تتلخص بنشيان يليه قيء وازجاع في الرأس وهمود في القوى ثم بعد ظهور هذه الاعراض يوضع ساعات يشكو المتسمم الماء في المين ووخز البؤبؤ ثم لا يعود يقوى على فتح جفنيه . ولا تقف اضرار المين مع الاسف عند هذا الحد بل تعتمد الى التهاب طبقة المين الضامة تحمراً بسببه المين احمراراً قائماً يرافقه انتفاخ في الجفنين ثم يلتصق الجفنان بسبب القيح الغزير الحاصل نتيجة الالتهاب وقد تلتهب طبقة المين القرنية ايضاً وتحصل تثقبات فيها . والتهابات المين هذه تشفى اذا لم يمت المتسمم بظرف عشرة ايام او ثلاثة اسابيع اما الحالات الخطرة منها فانها تتطلب مدة لا تقل عن الشهرين لشفائها . وتظهر في المتسمم بغاز الايبريت عدا الاعراض المينة اعراض جلدية ايضاً : فتظهر على جسده حمرة يرافقها اندفاع يتألف من نقاطات (Phlyctènes) صغيرة كالقفاقيع ووذمة . والاعراض الجلدية هذه تظهر عادة بعد بضع ساعات من استنشاق هذا الغاز او من ملامسة الجسم لثياب او الرفادات التي تشرته او من الجلوس على المقاعد التي تلوث به ويرافق الاعراض الجلدية

حس هيب في الجلد وحكة خفيفة ثم تخف الحكة بعد يومين من ظهورها وينقلب لونها الاحمر الى بنفسجي قائم ثم الى نحاسي وعندما تشفى تظهر في مكانها قشور دقيقة كالثخالة وهذه علامة من علائم شفاء الاعراض الجلدية وقرب زوالها . وقد شوهد في المتسممين بهذا الغاز طفح يشبه الطفح الذي يحصل في المصابين بالقرمزية (السكراليتين) لكنه لا يدوم اكثر من ٢٤ ساعة ثم ينقلب لونه الاحمر الى بنفسجي ويحول دون ان يرافق ظهوره وحم او وجع .

والغازات المنفطة هذه ، ومنها الايبريت بوجه خاص ، تؤثر ايضاً في الرئتين تأثيراً شديداً فكيف ان يستنشق الانسان مقادير جزئية منها حتى يشعر بدغدغة في حنجرته تليها بحجة قوية في الصوت وقد تتكون في الحجرة اغشية كاذبة تسد مجاري التنفس كما يحدث في الخناق وتسبب الاختناق واذا انضمت الى تأثيرات الغاز الخناق تأثيرات الجراثيم التي تسطو دوماً على مجاري التنفس يصاب المتسمم بالتهاب الرئة والتهاب الرئة والقصبات وخراج الرئة وغنغرينة الرئة . ومما تقدم يبين ان للايبريت تأثيراً خاصاً في خلايا الرئة وانه يجب ان تنسب الى التسمم بهذا الغاز جميع الحالات التي ادت الى ظهور اعراض رئوية شديدة في المتسممين بالغازات الخائفة وتوافق التهابات الرئة هذه اعراض عامة كالقيء والقيان المستمر والامساك وهمود القوى والحرارة المرتفعة الى درجة الاربعين وارتفاع الحرارة من اهم الاعراض التي يجب ان لا يسهو الطبيب المعالج عنه اذ عليه وحده يتوقف مصير المتسمم .

ومن غازات القتال الغازات المهدشة او الغازات المدممة (كغاز البرومور دي بازيل) وهي غازات اذا لامست عين انسان تدمعها بشدة فيضطر المريض لها الى انغماض عينه ودموعه تسيل بغزارة هائلة فينجم عن فرط الدمعان هذا التهاب في طبقة العين الضامة تحمر له العين ويبيض ماؤها حتى يخذش جلد الجفنين والحدين ويحدث فيها احمراراً وتقرحاً تستقر فيه الجراثيم المقيحة ويسيل منه صديد ازرق اللون . ومن الغازات المهدشة ما يسبب عطاساً مستمراً (كغاز كلوروردي فليل آرسين) وهو غاز يشعر من يستنشقه بوخز في انفه ثم بمطاس غير منقطع يدوم نصف ساعة او اكثر وييلي العطاس وجع في الرأس وانحطاط في القوى وسيلان غزير باللعاب وهذه الاعراض كلها تدوم بضع ساعات . ومن غازات القتال التي تقدم ذكرها غاز سام يسبب انزعاجاً قوياً لمن يستنشقه قبل ان يمته وهو غاز (حامض السيانديك) فالاشخاص الممرضون لاستنشاق هذا الغاز يشعرون باوجاع فجائية في الصدغين والرقبة ثم تحصل غشاوة على اعينهم فلا يمدون قادرين على رؤية الاشياء التي حولهم . فاذا لم يسعف الشخص المتسمم بهذا الغاز يميل بعد مدة وجيزة رأسه الى الخلف من شدة الالم في الرقبة ويفقد توازنه ويسير سيراً تطوحيماً كالثلث ثم يسقط على الارض فاقداً صوابه فتصلب اطرافه وتتوتر ويبطئ تنفسه ثم يقف تماماً مدة قصيرة يموت بعدها المتسمم الى شقوق شهقات متتالية متقطعة ثم يسيل بوله ويندفع غائطه ويموت وهذه الاعراض جميعها لا تدوم اكثر من خمس دقائق .

غازات الانفجار : ومنها غاز (حمض الفحم) يدخل هذا النوع من الغاز

في تركيب البارود المستعمل لصنع القذائف او الانغام الحربية وقد تبين ان اتجار كيلو واحد من القذائف المحتوية على هذا الغاز ينشر ٦٠٠ - ٨٠٠ لتر منه في الهواء وهو غاز شديد الخطورة يميت فوراً اذا كانت مقاديره المستنشقة وافرة اما اذا استنشق بمقادير معتدلة فانه يسبب آلاماً في الرأس وخاصة الصدغين وطنينا في الاذنين وغشاوة في العينين ثم يشعر المسمم به بدوار شديد ويقع على الارض . فاذا اسفست يثقل بعد غيبوبة طويلة كالثلج ويقتصر قصصاً شاذة غير متناسقة لا ارتباط بينها ، وهذا ما جعل الحاكم العسكرية تحكم على كثير من المحاربين اثناء الحرب باحكام صارمة بتهمة السكر في الحرب مع ان هؤلاء المحاربين البؤساء لم يكونوا ثملين قط بل صمدوا للعدو وتسمموا بغازه الخانق . وبلي هذه الاعراض في المتسممين بهذا الغاز هود في القوى وسبات عميق ينسدل في اثنائه الجفنان وقد تحصل فلوج موقته في بعض عضلات الاطراف العلوية والسفلية كما تحصل حمرة ووذمة في الوجه والاطراف .

ومن قراءة هذه السطور يتبين ما للغازات الخائفة من الشأن والخطورة في الحروب وهذا ما دعا الامم الى اتخاذ الوسائل الفعالة المستعجلة لدرء اخطارها عن سكان المدن الامنين ، وان من يطالع صحف العالم يدرك ان الشرق الادنى سيكون حتماً احد مسارح النزاع العالمي وان الواجب يقضي على كل شخص ان يفكر من الآن في الوسائل التي تقيعشر الغارات والغازات واتني اعتقد ان احسن طريقة لاتقاء مصائب الحرب في بلادنا على قدر الامكان هو العناية بالامور الآتية :

١. - شراء قطع (كمادات) وتوزيعها على السكان بما يمكن من السرعة.
٢. - فتح اعتمادات كبيرة من صندوق الدولة او من صندوق المصالح المشتركة لبناء ملاجئ حديثة يلجأ اليها السكان في الاحياء في اثناء الغازات الجوية كالملاجئ التي تبنى الآن في مدن اوروبا.
٣. - تدريب اطباء الصحة على درس الاساليب الحديثة المتبعة في معالجة المتسممين بالغازات الحافطة والقاء محاضرات عن اساليب المعالجة.
٥. - تأسيس فرق انقاذ مرتبطة بدوائر الشرطة مجهزة بسيارات سريعة لتقل الجرحى وبملايس لا تنفذها الغازات ولا تؤثر فيها النيران كفرق الانقاذ التي تبنى الامم الآن بتأسيسها.
٦. - تدريب رجال الاطفاء وفرق الانقاذ على درس وسائل اطفاء الحرائق الحاصلة اثناء الغازات الجوية واتخاذ التدابير بصبغون تحت الانقاذ.
٧. - انشاء مستودعات تحت الارض لادخار المواد المشتعلة كالسكاز والكبريت والفول والبنزين لتكون المدن بأمن من اقتجار هذه المواد اثناء الغازات الجوية.
٨. - تأسيس دوائر اعاشة وشموين في كل من المحافظات لادخار الاغذية منذ الآن في أماكن امينة ليعمها عند الطوارئ للاهالي باسعار معتدلة وحمائهم من الغلاء الناشئ عن الاحتكار.



تقليد الجروح والأمراض في أثناء الحروب

اما وقد كتب لنا ان نشاهد حرباً ثانية طاحنة وان نرى التجنيد اجبارياً في البلاد المتحاربة يحدربنا ان نعود بالذكري الى تلك الحرب الكبرى الماضية وان تمثل امام اعيننا ما كنا نشاهده من انواع التقليد الذي كان يلجأ اليه بعض من الجنود للاعتداء عن ساحات الحرب وفي ذكر هذه الوسائل فائدة لبعض من الزملاء الذين قد يخطرطن في الجندي ويمهد اليهم بمعاينة الجنود المقلدين فلا تجوز عليهم مثل هذه الوسائل .

وطرائق التقليد بسيطة جداً او معقدة ومنها ما هو معروف ولا حاجة الى الاسهاب فيه : كاطلاق النار على نهايات الاطراف ولا سيما على اصابع اليد وقد حسن المقلدون هذه الطريقة بعد معرفتهم ان الميار الناري المطلق من مسافة قريبة يرافقه حرق لا يخفى امره على عين الطبيب ، قلت لقد حسنوا هذه الطريقة باطلاق الرمي من خلال لوحة رقيقة من الخشب او كتلة من لب الخبز منعاً لحدوث الحرق . حتى انهم قد ذهبوا في اتقان تقليدهم الى ابعاد من هذا الحد باشارك الآخرين معهم وذلك ان الرفيق يحمده جلد الصدر ويطلق النار عليه فيظهر مدخل ومخرج للرمي بميدان بعض البعد احدهما عن الآخر ولا يكاد يعرف هذا التقليد متى كان الجنود في ساحة الحرب والامر فوضي بل يظن ان الرمي قد اخترق الصدر غير ان الاعراض الرئوية لا ترافق هذه الجروح .

وكتقرحات الجلد المصطنعة بدلـه باحدى المواد الكاوية والفلمونات الحديثة بحقن تحت الجلد زيت النفط (البترول) او عطر التربينتا. وقد جرؤ بعضهم على حقن مفاصلهم بمطر التربينتا. وفي هذا ما فيه من الخطر الشديد على وظيفة المفصل لا بل على الحياة ايضاً فاولهموا القاحص انهم مصابون بالتهاب حاد او بورم ابيض مبتدى.

ويحقن البعض للمتهم (تحت جلدهم) زيت الباردفين محدثين مكان الحقنة رماً صلباً منتشراً غير ان هذا التقليد نادر. وذكر احد المؤلفين حادثة غريبة من هذا النوع هي ان احد الجنود حقن ناحيته الشرسوفية بزيت الباردفين مقلداً بالورم الذي احده فيها سرطاناً في المعدة وذهب في تنليده الى حقن الحفرة فوق الترقوة بضع قطرات من هذا الزيت فكان منها ان ظهرت عقيدة صغيرة فيها ليوم القاحص انه مصاب بسرطان المعدة وان علامة تراوزيه وهي اتباج المقد النفاوية في الحفرة فوق الترقوة ظاهرة فيه. وتقليد الآفات الرئوية صعب كشفها وتشخيصها. فان المقلدين يدعون آلاماً عصبية في مفاصلهم التي لا تبدو فيها اقل علامة مرئية حتى ان البعض منهم يلازمون اسرهم عدة شهور ويغضي تثيت مفاصلهم الى حالة شبيهة بالجمأة (التصاق المفصل) والتخدير العام وحده كافٍ لئني التفتع المضلي. ويقلد البعض الصرع ولا يستطيع كشف تقليدهم الا بعد استشفاء المرض مدة مديدة ومراقبته عن كسب في اثناء النوب. فان القلـد هما كان بارعاً لا يستطيع ان يقلد نوبة الصرع تقليداً تاماً. وليتبه الى عضه اللسان والى توسع الحدقتين في اثناء النوبة وعدم تفاسلها بالنور والى نقص

المنعكس الحديقي او اعنائه التام .

ويقلد البعض خفقان القلب حتى تشوش انتظامه بالاكثر من القهوة والشاي والتبغ وهذه الطريقة معروفة وسهلة المعرفة ومثلها الوذمات الاصطناعية التي تمقّب ربط الاطراف برابط عريض ولا تراقبها ليلة آجينة ولا آفة قلبية .

والامر الذي يستحق الذكر هو تقليد اليرقان باخذ الحامض البكري فان جرّ هذه المادة يفضي الى حالة مشابهة لليرقان الناجم عن التهاب الكبد غير ان فية الاصبغة الصفراوية من البول وكشف الحامض البكري في مصل الدم والبول يرشدان الى سبب هذا اليرقان المصطنع . اضف الى ذلك ان الفائط لا يحول لونه والنبس لا يبطلء والكبد لا تضخم ويظهر اليرقان باخذ مقدار قليلة جداً من الحامض البكري لا تتمدى بضعة سنتين ايام اي قبل الوصول الى الجرعة السامة فحادثات الانسحاب بالحامض البكري والحالة هذه نادرة جداً ومتى حدثت اتصفت بمصص (crampe) وفلوج واقياه واسهال وارتماش وهزال وفقر دم .

ومنهم من يقلد ثقب الدم والسل ويستعمل طرقاً عديدة في تقليده ولعل اغربها وادّ لها على حذق هؤلاء المقلدين ومهارتهم انهم يثمنون قرصة الظلام في قاعة الاشعة فيطلون اعلى صدرهم بمزهم الزئبق الظليل على الاشعة المجهولة ليوهوا الاشعاعي الذي يمانهم ان في رثتهم تصلباً سليماً .

وبلغت الجرأة في البمض الى تمزيق الششاء المضلي في الاربية باصابعهم او باحدى الآلات وتقليد الفتق الاربي غير ان المماننة تثبت ان الاصبع

ولو لامست الأمعاء مباشرة فإن الأمعاء لا تنزل من خلال الحلقة .
وقد قلّد بعضهم فقر الدم الشديد بأخذهم بعض المواد الخالّة للدم .
واستشّق البعض الآخر انجزة الكلور والبروم فأحدثوا التهابات قصبات
مشابهة بالاصفاء اتم المشابهة لالتهاب القصبات العادي .
وقلّد بعضهم هبوط المستقيم وطريقته ان ادخلوا في الشرج كيساً صغيراً
مملوئاً حمصاً وبعد ان تركوه بضع ساعات وانتفخ الحوص فيه استخرجوه بشدة
فأحدث استنخراجه هبوطاً في الغشاء المخاطي واستمرّ هذا الهبوط بضعة ايام .
يفهم مما ذكرنا ان طرائق التقليد عديدة غير ان كشفها بالمعاينة السريرية
وبفحص الخبر ممكن اذا ما نبه خاطر الطبيب اليها .

٢٠٢ خ .



الشعب والتلقيح

ان آراء الشعب متضاربة جداً في فائدة التلقيح المضاد للحميات التيفية واطواره فتنهم المحبذون الذين منذ ان لمسوا فائدته لا ينقطعون عنه في كل سنة او كل ستة اشهر ومنهم النافرون الذين يفضلون الحمى التيفية وشدة وطأتها على ما يحدثه اللقاح من الانزعاج الطفيف فيهم ومنهم من لا يثقون بفائدة اللقاح ناقضين بزعمهم مقررات الفن ومنكرين فضل من سهرروا الليالي الطوال في تحقيق هذا الاكتشاف الباهر . غير ان الحكومات لم تتأثر بمناقشات رجال الشعب في الشوارع والقاعات ولا بمجادلاتهم على صفحات الجرائد ولا بمحاضراتهم في تقييح التلقيح واطهار اضراره الوهمية بل انها جرت على ما يقرره العلماء والاختصاصيون ولهذا نرى الحكومة الفرنسية قد سنت في اول حزيران من السنة ١٩٣٨ قانوناً بالتلقيح الاجباري ضد الحميات التيفية يخضع له كل فرنسي وفرنسية في سياق السنة الثانية والثالثة من العمر .

وقد كان حرياً بالحكومتين السورية واللبنانية ان تمحذوا حذو الحكومة الفرنسية وتبعلا هذا التلقيح اجبارياً في سورية ولبنان حيث التيفية قرأة وحيث ضحاياها كثر لان الحكومة الفرنسية اذا سنت هذه الشريعة فحفاظة على ابنائها الذين يفادرون فرنسة الى المستعمرات والبلاد الاجنبية الموبوءة بهذه الحمى واما بلادها نفسها فتسكاد تكون خالية من هذا الوباء .

وكما ان الحكومة السورية اقرت التلقيح ضد الجدري جرياً على من تقدمها من الحكومات بعد ان اقر العلم في العالم اجمع فائدة هذا التلقيح فنجدير بها ايضاً ان تقر التلقيح ضد التيفية بعد ان اقرته الحكومة الفرنسية سيدة العلم والثقافة حتى ان التلقيح ضد الجدري لم تسر الحكومة السورية في الاجبار عليه سير الحكومة الفرنسية بل اخضعت له فقط الاطفال مع ان الحكومة الفرنسية قد سنت في ١٥ شباط من السنة ١٩٠٢ وفي ٢٧ تموز ١٩٠٣ قانوناً بالتلقيح الاجباري ضد الجدري يخضع له كل فرنسي وفرنسية وجميع الاجانب القاطنين فرنسة في سياق السنة الاولى والسنة الحادية عشرة والسنة الحادية والعشرين من عمرهم . فالفرنسي والقاطن فرنسة عير ان وفقاً للقانون الفرنسي على التلقيح ضد الجدري ثلاث مرات في الحياة غير ان الجنود والموظفين والتلامذة يعاد تلقيحهم في كل سنة وفي باريس اكثر من عشرين مركزاً للتلقيح مجانياً يقصد اليه من شاء ذلك . اما نحن فلانوجب التلقيح ضد الجدري الا بعد الولادة ومتى ظهرت حادثة جدري في احدى انحاء البلاد السورية وفاجأتنا سدداً اليها هذا السلاح الماضي غير انه يأتي متأخراً بعد ان تكون الاصابات قد كثرت والداء قد انتشر وهم . ولستنا نلقي القول جزافاً بل نعمد فيه على الاوبئة التي ظهرت في السنوات الماضية وعلى التحقيق الذي قام به احد اطباء مستشفيات القديس لويس في باريس على الشعب الباريسي حيث التقيح اعم " وانا تنقل ترجمة كلامه اندرك ما يهددنا قال : " اذا انتشر وباء الجدري في باريس كان ما يقرب من ثلث الشعب عرضة لاقبال الداء واما الحمى التيفية فان اكثر من ٩٠٪ .

معرضون للإصابة بها ، فاعصاه ان يكون مصيرها وحالتنا كما نعلم .
 اتنا طرقتا هذا الموضوع في زمن تكثرفيه الاوبئة للازدحام الذي
 تتطلبه الحروب ولاهمال بعض القواعد الصحية وللانتقالات السريعة التي
 تمرض بلداناً سليمة لاقتبال وباء جوي به من بلد الى آخر ، مؤملين ان تأخذ
 الحكومة السورية بعين الاعتبار هذا النصح وان تشدد في اجراء التلقيحين
 المضادين للجدرى والتيفية محافظة على صحة السكان في هذه الازمة الحرجة
 واذا وسعت دائرة التلقيح فادخلت فيه اللقاح المضاد للدفتيريا والكزاز
 تكون قد احسنت عملاً لان الشعب في زمن الحروب عرضة كالجنود
 لختلف هذه الامراض ومايسن^٢ على الجند من القوانين يجب ان يشمل طبقة
 الشعب ايضاً .

٢٠ خ .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٩ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٥٦ هـ

معالجة الاقدام العرج الجراحية

في الشلل الطفلي

ان تشوهات القدم التالية لشلل الطفلي سببها وهن زمر من العضلات تغلب عليها اضدادها فتتقعر وتنكمش محدثة التشوه او القدم العرجاء التي يدور بحثنا الان عليها .
وقوم الاستقصاء السريري في حالة كهذه بالتفتيش عن اثار التقلص الباقي في بعض من العضلات وعن سلامة وظيفية العضلات الاخرى .

اما تحري التقلص العضلي بالعناية الكهربائية بطريقة دراسية غير ان المعلومات المجتاة منها في الاولاد ناقصة . والحركات التي تستطيع القدم العرجاء اجراءها كافية لمعرفة حالتها وهي تنفي في الاولاد البالغين من العمر ٦ — ٧ سنوات عن المعايير الاخرى .

ويستحسن درس المشي على سجادة متحركة فتستطاع بالنظر والجلس معرفة قيمة العضلات الباقية . وتستطاع برسم القدم بالسينا البطيئة معرفة الاوقات المختلفة لاستناد القدم الى الارض واظهار تقلصات العضلات الباقية .

واذا كان لهذه العناية شأن كبير متى كانت الحطة الجراحية قبل الاوتار وغرسها فليس لها الا شأن ضئيل متى كانت الناية من الطريقة الجراحية تصنيع العظم واسلاح التشوه الناجم عنه وتحسين وظيفية القدم اجمالاً .

مضادات الاستطباب : لا تنتظر قبل السنة السادسة نتيجة حسنة من التصنيع

سواء ا كان عظمياً او وترياً او عضلياً .

وما بين السادسة والعاشرة او الثانية عشرة لا يتعلم صقل القدم الا بعيداً عن الخطوط المفصليّة فان الكعبة والزورقي والتردي تبدو في الرسم الكهربي كنوثة (billes) ظليّة بعيدة احداها عن الثانية بعض البد ولا تظهر في اي ناحية من نواحي القدم خطوط مفصليّة مميّة . ففي هذا الزمن (زمن النوث الشاعية) تمنع التوسّطات العظميّة على الخطوط المفصليّة منأ باتاً لان عظام القدم جميعها غضروفية ومركزها فقط متعظم فلا تحيى من إيثاق المفصل ولا من اي طم في هذا النسيج الاسفنجي اقل فائدة ثابتة .

وبعد السنة العاشرة او الثانية عشرة يبدأ الزمن الثالث او زمن التوسّطات العظميّة (إيثاق المفاصل والتصنيع) اذ تبدو بالرسم الشعاعي الخطوط المفصليّة واضحة وضيقة يحيط بها نسيج اسفنجي كثيف ولا يمتل الجزء التبر الا الضاريف الرقيقة المنطية للمفاصل . وقبل ان يقرر التوسط الجراحي على قدم عرجاء فلجيّة لا بد من الاعتدال بثلاث عوامل : كثرة الزمر الضليّة المغلوجة على الطرف نفسه او على الطرف المقابل ايضاً .

طول الطرف المصاب بالنسبة الى الطرف السليم متى وقت الآفة في طرف واحد . فان الشلل الطفلي يشل النمو طولاً فتكون هذه الآفة أكبر شأنأ من فلج الضلالت نفسها . الاضطرابات الاغذائية في الجلد الذي يكون متأهّباً للشرث (engelures) وفي العظام التي تنقلب في الغالب قشرة رقيقة فيها نوع من اسفنجية زيتية لا مائة لها البتة . وقد يبدو القُبوب فوق القدم العرجاء الفلجية سليماً غير ان بناءه يكون متبدلاً فهو سريع الانكسار ولا يصلح لاخذ الطعوم العظميّة منه فلا بد والحالة هذه من اخذ العظم من ظنبوب الطرف السليم وليس من ظنبوب الطرف المريض .

الاستطابات : قبل تميّن الاستطابات ينظر في ما اذا كانت القدم العرجاء الفلجية ترد او لا ترد . ومعنى ذلك اذا كان يستطيع باليد تقويم القدم واعادتها الى حالتها الطبيعيّة او بالاحرى التجاوز على هذه الحالة الطبيعيّة او اذا كان لا يستطيع ردها لاقتباس عضلاتها المضادة وانكماشها وما اذا كان تقويمها مستطاعاً بتصنيع الاوتر فقط واعادتها قدماً ترد . فاذا لم ترد القدم بعد تصنيع اوثرها كان سبب التشوّه تبدلات العظم جبراً على شراسة دبلاش اي تكون الاجزاء العظميّة التي خف الضغط عنها لفلج الضلالت في هذه الناحية ولاقتباس

الضلات المضادة لها قد نمت فحالت دون الرد اليدوي .
فتي كانت القدم ترد او كان ردعا قريباً من الدرجة الطبيعية جاز اجراء العمليات
على الضلات او الاوتر في تقويمها .

واما متى تمدد الرد فالعمليات العظمية واجبة واذا صنعت عمليات على الضلات والاوتر
فلاتمام العمليات العظمية فقط .

التوسلات الجراحية اجمالاً : يصنع بعض منها : على الاقسام الرخوة : تصنيع الاوتر
وغرسها والبعض الآخر على العقل : ايثاق المفصل وتحديدته .

غرس الاوتر : مثال على ذلك يخاط في وتر عضلة مشلولة وتر عضلة او اوتر عضلات
قد احتفظت بتصلبها . ان هذه الطريقة حسنة في الزمن الاول اذ لا تمحور التوسلات على
الظام والمفاصل وفي الزمن الاخير كمعالجة متممة لاثاق المفصل وتحديدته .

إيثاق الاوتر (ténodèse) مثال عليه يؤخذ القسم الوترى من عضلة مشلولة ويفصل
عن جسمها العظمي ثم يثبت هذا الوتر بعد توتره في ثقب عظمي واقع فوقه فيقوم الوتر
مقام رباط مفصلي منفصل مانعاً حدوث حركة غير مرغوب فيها .

ونتيجة ايثاق الوتر الآتية بالهزة . غير ان ثبات هذه النتيجة مشكوك فيه . لان الوتر
يطول مع مرور الزمن ولا سيما متى كانت القطعة المستعملة منه طويلة . واما اشتراك هذه
القطعة الوترية بنمو الجسد العام فشكوك فيه .

إيثاق المفصل (arthrodèse) : متى جاء زمن التوسلات العظمية كان ايثاق المفصل
غير العمليات فاذا كانت القدم ترد اقتصر الامر على تقشير السطوح المفصلي وتثبيت القدم
فتسحد السطوح العظمية وتصبح القدم قطعة واحدة متينة لا تحرك مفاسلها . واذا لم تكن
القدم ترد رداً كاملاً لا يكفي ايثاق المفصل بل تقضي الحالة بترج قطعة اسفينية من سطحي
المفصل فتقوم القدم وتثبت بدئذ في وضع حسن . ولا تجرى هذه العملية الا للاولاد
الكبار والبالغين .

تحديد المفصل (arthrorise) يعني به تحديد حركات المفصل بمسند عظمي وليس
ايقاقه التام وابطال حركاته جميعها . وفي اجرائه طريقتان : بطم عظمي او شرعة عظمية
بطم عظمي : يؤخذ العظم العظمي من ظنبوب الطرف السليم بالنشار الكهربائي

او بالازميل وفضل الازميل لان انتشار الكبري بحسب اومبردان يضعف نشاط السطوح التي يقطعها يد ان الآلة القاطعة لا تؤذي هذا النشاط الاحيائي .

وكيف يوضع هذا العلم ؟ يدخل (توبه) في اصلاح القدم القداء (équin) الناجمة عن انقطاع المأبضي الوحشي ، العلم ، خلف الفضة الطنبوية الشظوية فيجتاز المفصل تحت الكعبة والمفصل القبي الردي .

غير ان الفصح (valgus) ولا سبب الروح (varus) ينضم في الاقدام العرج الناجمة عن الشلل الطفلي الى القفد فكيف يستطاع تثبيت الروح والقفد دفعة واحدة ؟ يدور رأس الكعبة ورأس القعب (حدها الكبيرة) في حركتي الفصح والروح احدها حول الآخر . فاذا ما سمر هذان الرأسان العظيمان في الوقت نفسه امتنع انتقال القدم نحو الروح او الفصح . وطريقة اومبردان هي ان يدخل طعم خلف الفضة ويمتاز المفصل تحت الكعبة وطعم ثان في الرأسين معاً وذلك بعد ان تقوم القدم تقوياً حسناً فيستحيل حينئذ الروح او الفصح واذا كانت القدم مقفلة (talus) يوضع العلم امام الفضة بجنازا المفصل تحت الكعبة .

شريحة عظمية : يقطع نوفجوسيران شريحة من الكعبة خلف الفضة وجهها الحشن الى الامام ، ويقطع ميشال شريحة من الكعبة امام الفضة وجهها الحشن الى الورااء ويسند الى الفضة وجه الشريحة العظمية غير الحشن . ويقطع كاميل خلف الفضة شريحة من الكعبة وجهها الحشن الى الورااء . ويقطع بوتي امام الفضة شريحة من الكعبة وجهها الحشن الى الامام .

هذه هي الطرائق المستعملة ووجهها الى جميعها الاعتراض نفسه وهو ان البيئة لم تقم حتى الآن على قيمتها الوظيفية الثابتة .

وقد يضع المستقبل هذه العمليات في دائرة عمليات تصنيع الاوتو اي انه يجعل منها عمليات موقفة بانتظار السن التي يجوز فيها اجراء العمليات العظمية ؛

فلنبعث الآن في طريقة الاستفادة من هذه الطرائق التي اتينا على ذكرها .

الاقدام القفد مع روح (في النالب) او لحج (احياناً)

الزمن الاول قبل السنة السادسة

يقول كيرميسون : اخذوا قطع الدائرة (وترأخيلوس) والا جلتم من القدم الفلجية قدماً ثالثة (ballant) فاذا كانت القدم قداء تطول الدائرة بمضاعفتها وتربلها وخطاها ولا يجوز قطعها .

الزمن الثاني : من ٦ — ١٠ أو ١٢ سنة

ان تحديد المفصل في الورا خلف الفرجة هو من العمليات الفضلى وقد تكون نتاجه ثابتة او انه يكمل بعدئذٍ عملية ايثاق المفصل . ومتى تغلب الروح او الفحج حدد المفصل في الجانبين .

الزمن الثالث — سن تصنيح العظام

ينظر فيه الى امرين :

١ — اذا كانت القدم ترد اي اذا كان يستطاع تقويمها باليد أوثق المفصل التصني الرسني (شوبلر) والمفصل تحت الكعب بالتقشير وهذه العملية هي خير العمليات . واليكم هاتين النصيحتين : احتفظوا بولتر باسقاط الاصابع وعاطفات ظهر القدم لانه ما من برهان على انها قدت تقلصها قدماً تماماً بل لعل بعض التقصيص يود اليها بعد تقويم القدم .

ومتى كان روح مع التقيد او تقوا القسم الملوي من وتر الشظوية القصيرة الجانبية بالكعب الوحشي .

٢ — اذا كانت القدم لا ترد اي اذا كان التشوه عظيماً ، لا يكتفي ايثاق المفصل بالتقشير بل لا بد من ايثاقه بعد قطع قطعة اسفينية من سطحي المفصل . واليكم بعض القواعد : متى كان مقدم القدم مقرباً من مؤخرها قطعت من مفصل شوبلر قطعة اسفينية قاعدتها وحشية .

ومتى كانت القدم كبساء (cavus) تقطع من شوبلر قطعة اسفينية ظهرية ومتى كانت القدم روحاء (varus) قطعت قطعة اسفينية قاعدتها وحشية من المفصل تحت الكعب

ومتى كانت القدم فحجاء قطعت قطعة اسفينية قاعدتها انسية من المفصل تحت الكعب .
ولعلم ان الطريق الوحشي سهل سلوكه غير ان قطع القطعة العظمية صعب وان الطريق

الانسي اصعب غير ان قطع القطعة العظمية فيه اسهل .
وبعد اجراء هذه التصنيعات العظمية لاصلاح الاقدام القفد أيجب اتمامها بتطويل الدائرة؟ قل ان تكون حاجة اليه . لان الطرف المراد اصلاحه يكون الشلل الطفلي قد قصره ايضاً فيضطر الشخص الى المشي وعقبه مرتفعة ليبيض عن قصر طرفه فابقاء بعض القفد واجب فيه .

الاقدام الكبسة المقفمة (pieds creux talus) : تتجم هذه الاقدام عن الشلل

المتلب في ذات الرؤوس الثلاثة السابقة .

الزمن الاول قبل ٦ سنوات

لا يشار فيه بأي توسط جراحي

الزمن الثاني من ٦ — ١٠ او ١٢ سنة

ان لتحديد المفصل بعلم مفروس امام الفرضة العنقوية الشظوية في الكبة نتائج آتية بالهرة . وهذه العملية هي خير ما يصنع بانتظار السن المواقفة لتصنيع العظام
الزمن الثالث ، سن تصنيع العظام .

يستحسن اصلاحاً للقدم الكبسة (creux) في حين اجراء العملية الجراحية نفسها قطع الفشاء العضلي الاخصي عموداً او قلمه عن القب وتزليق قطعة ارتكازه العظمية الى الامام .

واما اصلاح التشوه العظمي في القدم المقفمة الكبسة فلا يتم الا بقطع قطعة اسفينية ظهريّة من مفصل شوبلر ليستطاع جعل مقدم القدم في محور القب وقطع قطعة اسفينية خلفية من المفصل تحت الكبة لجعل القطعة الباقية من القب ومقدم القدم العالقة بافئتين وتجه الجراحة الحاضرة الى اكمال هاتين العمليتين اللتين يجريهما البعض الواحدة بعد الاخرى والبعض الآخر في جلسة جراحية واحدة بعملية تصنيع دائمة وتقوم هذه العملية الاخيرة بربط اوتار الشظويات الجانوية السليمة بالدائرة وغضل او مبردان قطع الدائرة عند اتصالها بضلعتها وفصلها حزميتين وادخال احدها في ثقب محفر في العنقوب والآخر في الشظية او تحت ممحاقها وتوتر هاتان الحزمتان قبل تثبيتهما .

وقسائل المرء عما اذا كان نصف الكبة الباقي بعد عملية روبرت جونس هذه مفيداً

او ان استئصاله مفضل .

فاذا استؤصل ما بقي من الكعبة وجب دفع القدم الى الوراء بالنسبة الى صقل الساق ليقع محور الساق في الامام عند مفصل شوبل القديم وتوصلاً الى ذلك يفتح الزورقي ليستطاع تقديم الكعب الانسي .

وعلى الجراح قبل الاقدام على توسط جراحي اياً كان نوعه ان يلقي هذين السؤالين :
 ١ — ما هي قيمة الورك والركبة في جهة القدم المشلولة ، ما هي قيمة الطرف الثاني الوظيفية فاذا لم يكن للطرفين اي قيمة وظيفية امتنع عن اجراء اي توسط جراحي على القدم الثالثة وخير ما يشار به جهاز تجييري مستند الى زلل الحوض ومكتشف للطرف جيبه . واذا كان احد الطرفين ذا قيمة حسنة استعانت الجراحة حقوقها على الطرف المشلول ، وعلى الجراح قبل كل شيء ان يجعل الورك في وضع موافق ويجوز تثبيت مفاصل الطرف الثلاثة الورك والركبة والقدم في يافع اكتمل نموه فيكون من الطرف مستند طبيعي ومتى كانت الركبة والقدم وحدهما مصابتين كانت دائرة الجراحة اوسع والامر الاول الذي يجب اتمامه هو جعل الركبة منعقة . والامر يمكن بلهجة الجبس المتابعة وبوضع اكثر فاكثراً قرباً من الوضع المراد بلوغه او باصنات الظم فوق اللقمتين على ان ثبت الطرف بحد مدة لا تقل عن ثلاثة اشهر

وبعد تحقيق هذا الامر الاول ثبتت القدم في حالة فقد مختلف الدرجات بحسب قصر الطرف والغاية من هذا القصد الاعاضة عن قصر الطرف اجمالاً الذي نجم عن الشلل الطفلي وتمكين الركبة في اثناء المشي من حمل ثقل الجسد . هذه هي مضلة المشي بدون جهاز في اشخاص شلت مرة رؤوسهم الفخذية .

وطريقة الوصول الى هذا القصد في قدم نائمة ان يوثق المفصّلان التصني الرسني ونحت الكعبة وتكمل العملية اذا قضت الحاجة بتحديد المفصل الامامي اي بوضع طم امام الفرضة الظنبوية الشظوية .

ولتثبيت القدم في حالة قد شأنه الكبير لانه اذا ثبتت زاوية قائمة على الساق ولم يراع قصر الطرف العام الذي احده الشلل الطفلي كانت النتيجة وخيمة .

تحرّيات عن استعمال الاكابرين

في

معالجة ضخامات الاصلحة البردائية المزمنة

لا تفعل المعالجة النوعية فعلاً واحداً في الحمى وضخامة الطحال البردائية. فاذا ما حثت المعالجة اثر الحمى ظل الطحال ضخماً ولا سباً في من كانوا مرضين لعنوى جديدة في كل فصل. اضف الى ذلك ان بقاء الضخامة في الطحال يزيج المريض ازعاجاً كبيراً بالالم الذي يحدثه في مراقبه اليسرى ماناً اياه عن الاعمال التي تتطلب الثب ويشوش الوظائف والاخلط ويفقر الدم ويؤذي الصحة العامة.

فاذا ما عولجت الحمى فقط وأهملت الواراض السريرة والتناذرات الخلطية التي تحدنها الغنوة البردائية المزمنة كانت النتائج سيئة. وضخامة الطحال هي في مقدمة هذه الواراض ولا يخفى ان انحلال الكريات الحمر يزداد جداً في البرداء والطحال الذي ينقل اليه الدوران اقراض هذه الكريات يضخم. فلا نجب اذا ما وجبت معالجة ضخامة الطحال وجوب معالجة البرداء نفسها. كيف لا والطحال هو الملجأ الكبير للحمية البردائية والمستودع الدموي الذي يلقي في الدوران حتى اقراض ما فيه من عناصر الدم. ومعالجة هذه الضخامة ممكنة اذا حقق اقراض الطحال الذي نستطيع ان نشبهه بروض تمكن به الندة من اقراض حجمها. فقد أشير توصلاً الى هذه النتيجة بالحقن بالادرثلين وفقاً لطريقة الاستاذ اسكولي وبالاكابرين (acaprine) جرباً على طريقة رادفان والساندرا سكو. وقد كانت نتائج الحقن بهذه المادة الثانية حسنة كما يستدل من التقرير الذي رفع الى جمعية امراض البلاد الحارة عن عشر حالات عولجت بهذه الطريقة.

وباع الاكابرين في حباب في كل منها ٣٠ واحد او ٥٠ سم ٣ ونسبة المحلول ٥ ٪ / او ٥٠ ٪ / وقد استعمل في الانسان لمعالجة البرداء غيرانه لم ينجم الا في ضخامة الطحال

والمقادير المستعملة منه هي عادة اقل قليلاً من ميلغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد ويستعمل حقناً تحت الجلد او في العضلات . والمقدار الاكبر هو ميلغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد . واما عدد الحقن وترتيبها فاجاب ثلثا فاعل الشخص بازاء العلاج . وتضع عادة حقنتان الى خمس حقن بفاصلة يومين الى ثلاثة ايام .

ويستحسن في حالة الحى اعطاء الكينين او الكيناكرين او البلاموكين اولاً ومضى زالت الحى والطفليات من الدم وذلك بعد عدة ايام من استعمال المعالجة النوعية تبدأ المعالجة بالاكبرين .

وتبدو في الطالب بعد الحقنة اضطرابات : نواضع خفيفة ونوب عرق وسيلان لعاب مختلف الفزارة ، حتى بوالواسهال واقباض حدة واسراع قلب ، وازيداد التورالشرياني وتستمر ثلاثين الى ستين دقيقة . وقد تبدو نوبة حى او ترتفع الحرارة قليلاً بعد الحقن الاولى وتعلل هذه الموارض بفعل الاكبرين في عناصر الدم المصورة وازيداد السكر في جميع الحالات ؛ وهذا الازيداد قوي او متوسط او خفيف فقد يتضاعف سكر الدم غير انه في الطالب يزداد من ١٥ — ٥٠ ٪ . ويبلغ الازيداد حده الاقصى بعد ثلاثين دقيقة ثم يأخذ ينحى غير انه لا يعود الى حده الطبيعي الا بعد تسعين دقيقة واكثر واما انخفاض السكر عن معدله الطبيعي بعد ازدياده البدئي فنادر .

يستنتج من هذا ان للاكبرين فعلاً شبيهاً بالادرثالين اما مباشرة بتحركه مدخرات الكبد والعضلات من الفليكوجان او بواسطة الغدة المولدة للادرثالين بتغريض الاكبرين للجهاز السبي الانباني .

ولا تظهر في الانسان الموارض السامة التي سودفت في الحيوان بعد استعمال المقادير الكبيرة . وعلو الحرارة التي قد يحدث متى كانت ضخامة الطحال كبيرة سببه على ما يرجح ان فراغ الانقراض الطفيلية المجتمعة في الطحال او التسيج الشبكي البطاني من جسد المصاب بالبرداء . ولا تعلق الحرارة للسبب الذي ذكرته الا بعد الحقن الاولى وفي ضخامات الطحال الكبيرة .

وليس في استعمال الاكبرين اذا كانت مقاديره عادية (ميلغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد) اقل خطر . ولا يشار باستعماله في المقلوبين والمزدداد تورهم الشرياني والسكريين

والمزاد افرازهم الدقي وفي بعض الامراض الرئوية الحادة والمزمنة . ولعل المستقبل بأننا بعلاج تكافح به الموارد الناجمة عن الاكبرين فتتسع دائرة استعماله . اما في الحيوان فتكافح هذه الموارد بمحنته بالريهرن (rephrin)

وتتائج المعالجة جلية للعين فان حجم الطحال ينقص نقصاً تدريجياً وسريعاً والالام الطحالي يخف ثم يزول ، والاضطرابات السريرة والحلطية والدموية تحسن .

وسل نقص حجم الطحال بالالية التالية : متى انقبض الطحال نقص حجمه غير انه لا يعود بعد استعمال الاكبرين الى حجمه البدئي . ومتى توالى الحقن استمر النقص التدريجي . اما زوال الضخامة تماماً فتابع لطاقة الطحال على التقصص ولا يجب اذا ما بقي الطحال ضخماً بعض الضخامة على الرغم من استعمال الاكبرين لان قدرته على التقصص تكون قد استنفدت لمصلاية هذه الفدة التي تخيب في هليصها جميع القابضات ومنها حقن الوريد بالادرثالين . فشب النتائج او الحية تابع والحالة هذه لشروط الطحال التشريحية النسيجية وتقلص الطحال باقباض اليااف محفظته العضلية اللس واليااف الجدر حول الاوعية ونقص حجم الطحال مستمر بعد المعالجة مع ان فعل المواد القابضة للاليااف اللس موقت . فلا بد والحالة هذه من اللجوء الى تحليل آخر غير الاليااف اللس في شرح هذه الحادثة وفعل المادة القابضة مباشرة في الاوعية الشريفة والجيوب الوريدية نفسها الكثيرة الاتساع ولعل للاكبرين فعلاً مضاداً للتفيليات السكامة في الطحال وفعله هذا بها يساعد على انقاص حجم الطحال واستمراره حتى بعد قطع المعالجة .

....

يستنتج عما تقدم ان ضخامة الطحال البردائية التي لا تخضع للمعالجة النوسية تعالج بالاكبرين وان الاضطرابات التي تبدو بعد الحقن به (ازدياد سكر الدم ، ازدياد التوتر ، اسراع القلب) موقية وان استعماله في المقلولين والمزاد توترهم الشرياني خطر وان نتائجه ثابتة في انقاص حجم الطحال ومحو الالام الطحالي وتحسين الحالة العامة وضر الدم وازدياد الوزن .

٢٠٢ خ .

....

تناذر فولكمن في الطرف السفلي

ان تناذر فولكمن الكبير الحدوث في الطرف العلوي تندر جداً في الطرف السفلي حتى ان بعضاً من المؤلفين يذكرون حدوثه فيه غير ان للشاهدات التي تنشر اونة بعد اخرى تؤيده . ويظهر ان فولكمن نفسه قد اورد مشاهدة منه في السنة ١٨٧٢

ويمتاز هذا التناذر بصفات سريرية متغلبة على الصفات الاخرى فالجزء العضلي ينجم عن ان استحالة العضلات يرافها قصص مرونة في النسيج العضلي وضمف اقباض وقصر فينشأ من هذا ان تقطي ارتكاز العضلة تقاربان وان الوضع الميب يبدو . ولا اثر للشلل لان الحركات تظل ممكنة متى عطف الطرف . ولا يظهر الاترعاج والالام الناشئة عن تمطط العضلة المتليفة الا متى بسط الطرف ويتبع هذا الاقباض سيراً متزايداً مفضياً الى وضع ميب في خلال وقت متفاوت الطول وقد يكون عدة اسابيع .

والصفة الثانية التي يمتاز بها تناذر فولكمن هي ظهوره في عقب رض الطرف . فقد يكون منشأ الرض جهازاً جيبياً كما في مشاهدة فولكمن نفسها حيث ثبت الطرف في جهاز جيبسي لمعالجة استسقاء مفصل الركبة ، او يكون كسراً مع جهاز مثبت ، او انضغاطاً عضلياً مديداً كوضع ضماد اسمرخ مدة طويلة ، او رضاً مع ورم دموي عميق في الحفرة المأبضية او جروحاً بالرصاص النارية اسابت اوعية الفخذ الكبيرة او كتلة العضلات او الحصب الوركي وقد كثرت الوسائط المستعملة في معالجة هذا التناذر وكثرتها دليل على قلة فائدها . فالوسائط الدوائية لم تأت الا ببعض الفائدة . ونذكر بينها تخضيب الودي القطني بالتوفوكاين الذي قد يفيد في بعض من الحالات .

والوسائط الحكيمة : التمرج والتحريك المنفعل والحمامات الحارة والاستسقاء القطني لم تكن فوائدها كبيرة .

واما الوسائط الجراحية او التجبيرية فهي ما اختاره معظم المؤلفين : وقد وجه بعضها الى تحسين الدوران في الطرف بعد الرض مباشرة وقبل ان يبدو الانكماش او بعد ان

يكون التناذر قد ظهر وتحقق فقد اشار جونز بقطع الغشاء العضلي وافراغ الودم الدموي من الحفرة المأبضية الذي قد يتلوه شفلاً سريع . غير ان هذا التدبير لا يوافق الحالات جميعها وقد اجريت عمليات على الودي : قطع الودي حول الشريان القطني الذي اتى بتأنيج باهرة في مريض ديولافه

وعدا هذه الوسائل التي نستطيع ان ندعوها إمراضية نذكر سلسلة من الوسائل الجراحية اللطيفة . فاولاها التي يراد منها مكافحة انكماش العضلات هي قطع الوتر : قطع الذابرة وتصنيع اوتار عنق القدم . ويدخل كسر العظم في هذا الباب ايضاً . وثانيها عمليات المفاصل كاستئصال الكبة لتقوم اقسام ونشر مفصل الركبة في الاشكال الواقعة في الفخذ .

واخيراً بتر الطرف متى اعبت الجبل ولم تنجح الوسائل الاخرى م . خ .



معالجة حالات الاعياء بالهاماتوبورفيرين

كانت معالجة السوداء (*mélancolie*) وحالات الاعياء (*depression*) الى بضع سنوات خلت توجه الى الاعراض فقط ويؤدى الى هونيرفيلد الذي ين الفائدة المجتة من معالجتها بالهاماتوبورفيرين (*hématoporphyrine*) . وقد بدأ هذا المؤلف تجاربه في الحيوانات ولاحظ انها متى حققت بمقادير قليلة من الهاماتوبورفيرين كانت تزداد نشاطاً وزول اعيائها ولا سيما بعد تعريضها لنور حاد فمن له ان يستعمل هذه المادة في الامراض الروحية المصية .

ليس الهاماتوبورفيرين الا محصول تجزؤ الهاموغلوبين وفي الدم الجاري منه مقادير ضئيلة . ويتألف الهاموغلوبين من اتحاد آحين متبدل هو الفلوبين بمركب حديدي ثابت هو الهاماتين . فاذا ما عمل الهاماتين بالحمض الكلوري المائي او بالحمض الكبريتي تجزأ فتأخذ الحديد بالحمض وبقيت مادة صباغية جديدة غير حديدية محلوها احرر في البيئة الحامضة او القلوية هي الهاماتوبورفيرين التشبه بالفيلوبورفيرين المشتق من الخشب (*chlorophylle*) .

وهاماتوبورفيرين ينتهي المستعمل في الوقت الحاضر مادة مبلرة . وان ما يستعملت النظر من خواصها هو فعلها المحسس . فان المرضى السالطين بالهاماتوبورفيرين يتبدلون الجلد في وجههم فيتورد تورداً يائياً دعاه هونيرفيلد « الوجه الهاماتوبورفيريني » وللمستحضرات الزرنيخية فعل محسس في الجلد كهذا . ولم ير فينشون متى استعملت المقادير العلاجية المتدلة هذه الجسماني في الوجه بل فعلاً في البدن شيئاً بفعل المعالجة بالاشعة المختلفة . انظام الطمث ، تحسن اضطرابات الهضم .

وللهاماتوبورفيرين عدا ذلك فعل منشط للبدن . فان اشتهاه للرضى يزداد ووزنهم يعلو بعد المعالجة بمائة الى عشرة ايام ويستمر هذا الازدياد حتى انه يبلغ عشرة كيلو غرامات في اربعة الى عشرة اسابيع الامر الذي لا يستطيع تعليه بزيادة الاشتهاه فقط بل بفعل

الملاج في الجهاز العصبي الاتباتي وما تحسن حالات الاعياء الا نتيجة لهذا الفعل فان نشاط المريض يزداد والامل يتجدد في نفسه فيجد في الحياة اللذة التي كان قد فقدها واذا كان المريض في المستشفى طلب العودة الى بيته .

وقوي الهاماتوبورفيرين ايضاً الكريات فيزداد عدد الكريات الحمر في المصاين بقدر الدم ولا يلبث ان يعود الى حده الطبيعي .

وينظم الهاماتوبورفيرين الجهاز العصبي فيزداد افراز اللعاب وتحسن الاضطرابات المعوية المعوية ولاسيما القبض الكثير الحدوث في المصاين بالسوداء، وتتحف اضطرابات الوطائف الجلدية: المرق وامراز التند الشحمية ، والاضطرابات الوعائية الحركية .

ولا يخفى ان كلس الدم يزداد عادة والبوتاسيوم منخفض في هؤلاء المرضى فتن استعمال الهاماتوبورفيرين ينقص الكلس ويزداد البوتاسيوم . ويعود سكر الدم الذي يكون مرتفعاً بعض الارتفاع في المصاين بالسوداء الى حالته الطبيعية . ويحل الهاماتوبورفيرين ايضاً في PH الدم فيعيد الى حالته الطبيعية .

التأنيج والاستطبانات : ان التأنيج حسنة كما يستدل من اقوال من استعملوا هذا العلاج غير ان تطبيقها صعب لان المرضى المعالجين ليسوا من فئة واحدة ويظهر ان التأنيج افضل في حالات الاعياء حيث تتطلب عوامل الهي وافكار الحراب والذل منها في السوداء حيث يتطلب الضجر والاضطراب والتهاويل والهنئين .

وما يشر بنفع العلاج ارتفاع بوتاسيوم الدم ونقص كلسه وسكره .

واما ارتفاع البوتاسيوم ونقص الكلس وعدم تبدل سكر الدم فليس دليلاً على تحسن اكيد . وقد لاحظ فينشون ان لهاماتوبورفيرين في السوداء فعلاً ناجحاً في التطاهرات الحسية التأنيمة : ابطاء نظم التنفس والقلب ، الشحوب ، برودة الاطراف ، ابتلاع الهواء القبض المستعصي ، الارق والاحلام المزعجة . وقد تساءل هذا المؤلف عما اذا كان الهاماتوبورفيرين لا يفعل في بعض من الحالات الحسية التأنيمة حيث الاعياء طفيف او حيث لا اثر له البتة فعلاً ناجحاً . والبرهان على فله ان هذا المؤلف شفى به نوب زكام العلف وداء بهره . ولاحظ في مرضاه بدلاً في بوتاسيوم الدم وسكره وكلسه كما في الحالات الاعيائية .

وزعم اندره انه جنى منه فوائد حسنة في الشقيقة والصرع . ويشير سينبال باستمال مقادير طفيفة منه في الاولاد واليغان الذين يضطرون الى جهد جسدي او عقلي موقت كبير كما في دورات الامتحانات والمسابقات . وقد استعمله ستوخ لدسم فعل الاستنشاس او الاشعة فوق البنفسجي في اشخاص قليلي التحسن بها كما في الاولاد المخروعين . غير ان هذه الصفحة الجديدة من الاستطبابت لا تزال قيد البحث .

ونحسن الحالات الاعيائية بعد المعالجة بالهاماتوبورفيرين مبكر فهو يبدو في الايام الاولى او على الاقل في الاسبوعين الاولين من المعالجة . وقل ان يتأخر عن ذلك . وهذا التحسن ثابت واكيد وليس هبة للداء لان للهاماتوبورفيرين فعلاً في سبب الآفة وليس في اعراضها فقط .

واما جرعة الهاماتوبورفيرين فتختلف بحسب الآفات المعالجة وبحسب درجات خطرها . ويستعمل هذا العلاج بطريق الفم او حقناً . والشكل المستعمل منه بطريق الفم محلول نسبته ٥ ٪ . والمستعمل منه حقناً محلول نسبته ٢ ٪ . والمقدار الذي يشير به هونيرفيلد للمعالجة مدتها اربعون الى ستين يوماً ٥٠٠ — ٧٠٠ ملليغرام واذا استعمل العلاج بالفم والحقن معاً صنع منه في خلال خمسين يوماً ٦٠ ملليغراماً حقناً و ٣٠٠ ملليغرام جرعة . وطريقة استعماله بالفم ان تزداد المقادير تدريجياً وبعد ان تبلغ حدها الاقصى تنقص : يبدأ بثلاثين قطرة في اليوم (عشر قطرات في كل جرعة) وتزداد قطرة في كل يوم حتى الستين او الثمانين او المائة قطرة ثم تنقص الجرعات على التحوذاته .

ويصنع من المحلول المد للحقن مم ٣ ثلاث مرات في الاسبوع ويشترك مع المعالجة بالفم . فاذا اقتصر على هذه الجرعات لا تبدو عوارض الانسمام بالعلاج ولو تمرض المريض لنور الشمس واذا احتمل المريض العلاج جاز تمدي هذه المقادير حتى مضاعفتها واما استعمال مقادير طفيفة فنشاء الحية .

ويستحسن استعمال علاجات مسككة ومخدرة وخلصات غدد ولاسيما خلاصة الكبد مع الهاماتوبورفيرين .

ومضادات الاستطبابت قليلة : الآفات الحمية الحادة ، والآفات الكبدية ، وتصلب شرايين الدماغ فاذا كان المرضى شيوخاً متصلين استعملت جرعات طفيفة فيهم لا تمدي

نصف الجرعات المادية . وقد استعمل هذا العلاج في مرضى مسلولين ومقلوبين ومكئين فلم يطرأ على حالتهم العامة أقل تبدل . غير ان استعمال العلاج بطريق الفم فقط واجب فيهم .

اما الآلية التي يعمل الهاماتوبورفيرين بها فلا تزال غامضة . ويظن هوهنيرفيلد انه :
١. — يعمل فصلاً نوعياً محسناً ومقوياً ٢ — يعمل فصلاً غير نوعي منشطاً ومنظماً للجهاز العصبي الانبأتي ولا سيما مسكناً للتائه . غير اننا اذا توغلنا أكثر من ذلك في درس هذا الفعل دخلنا دائرة الفرضيات .

ويعتقد هوهنيرفيلد ان الهاماتوبورفيرين بصفة كونه مادة صبغية يحسس الجلد ويعمل من خلاله في المراكز الانبائية (végétatifs) وبها في التمدد الصم . ويظهر ان الهاماتوبورفيرين لا يتجزأ في البدن وان صله فيه مشابه لفعل الحيونات . ولا يشارك بعضهم هوهنيرفيلد في رأيه اي « يعمل الهاماتوبورفيرين في المراكز الانبائية من خلال الجلد » لان هذا لا يكفي لتحليل التحسن الفرزي والروحي بعد المعالجة بهذا العلاج بل يظنون ان هذا النشاط نتيجة لزيادة الاكسجين الذي تستنفذه الخلايا الدماغية . غير ان كل ما ذكرنا فرضيات محتاج الى بحث مقبل وبما لاشك فيه ان فعل الهاماتوبورفيرين في الحالات الاعيائية ثابت واكيد .

٢٠٨ خ .

نقل الدم المحفوظ في السريريات

بعد ان شاع نقل الدم في الممارسة الطبية تألفت مراكز خاصة في المدن الكبرى لهذه الغاية وألحق بها معطون كثيرون خاضعون للمراقبة الصحية الدقيقة غير ان الحاجة قد تدعو ، على الرغم من هذه الاحتياطات ، الى كمية كبيرة من الدم لايسهل الحصول عليها او قد تحول موانع صحية دون جمع الدم من المقلين فلا عجب اذا ما اتجهت الافكار الى حفظ كمية من الدم الى حين الحاجة ونقلها الى من تفضي حالتهم بالاساف السريع وقد نشأت هذه الفكرة من الطريقة الروسية « نقل دم الجثة المحفوظ في الثلجة » وطرح هذين السؤالين امر لا مندوحة عنه قبل التصح باستعمال هذه الطريقة :

١ — أالدم الذي اضيفت اليه مادة مثبته ما للدم الطبيعي من القيمة ؟

٢ — أالدم المحفوظ من القيمة ما للدم الطازج صرفاً كان او مضافة اليه

لبمونات الصوده ؟

يجيب جانيني عن السؤال الاول بالاجاب اي ان للدم المثبت من القيمة ما للدم الصفر سواء اثبت بلمونات الصوده او بمصل رينجروك الفريزي الهاباريني (hépariné) وليلم ان الهابارين هو نوكلثوروتاييد كبدي (nucléo - protéide hépatique) مضاد للتخثر غير ان ثمنه باهظ .

ويجب جانيني عن السؤال الثاني ان الدم المحفوظ نوعان : دم الجثة ودم معطر حي . اما دم الجثة فلم يستعمل حتى الآن الا في روسية . وجميع الدم من الجثة في الساعات الست الاولى بعد الوفاة . ولا تميز قواطين بعض من البلدان هذا العمل لان من الجثة فيها قبل اقضاء ٢٤ ساعة على الوفاة محرم كل التحريم .

وتقبل الدم بعد الموت تبدلات مضره قد تنشأ منها عوارض خطيرة . اما الدم المجموع من معطر فخال من المواد والاضار . وقد درست مسألة حفظ الدم في الثلجة منذ السنة ١٨٧٣ الى يومنا واثبت عدد من المؤلفين ان حفظ الدم في الثلجة اكثر من شهر

يمكن واحتفاظه بخواصه كاملة مستطاع .

وتفصل الدم المجموع والمحفوظ في الثلجة مع مراعاة قواعد الطهارة المطلقة في جمه وحفظه ثلاث طبقات : الصودة ، والكريات البيض ، والكريات الحمر . فإذا ما بدت آثار انحلال وجب نبذه .

واحسن حافظ للدم هو ليونات الصوده . والتبدلات الاخرى التي تطرأ على الدم المحفوظ هي عدا الانحلال ، اتخثر وتراس الكريات ، وارتشاد (empilement) الكريات الحمر .

تقبض الكريات الحمر شيئاً فشيئاً في الدم المحفوظ حتى انها تصبح محزنة وتتقص المتانة الكروية شيئاً فشيئاً ، وتبقى كثيرات النوى سليمة حتى اليوم السادس والليغينات حتى اليوم الثلاثين وتقص عدد اللوحات .

وقل سكر الدم يبطء وترداد الحموضة والفوسفور فيه وتقص بولة الدم اجمالاً بيد ان كثيرات المضمونات (polypeptides) والحموضة الامينية تزداد . ولا تغير الزمرة الدموية ولا تبدل سعة الكريات التنفسية .

وتشتمل طريقة قل الدم المحفوظ على ثلاثة ازمته : جمع الدم وحفظه ونقله . يجمع الدم من مغط عام (٣٠٠ غم في كل ستة اسايح) ويجوز حفظ دم المشيمة والدم التازف في جوف البطن . ويحفظ في ثلجة بالدرجة ٢-٤ فوق الصفر ويختار احدى الطرق المستعملة في قل الدم جد تسخين الحوجة التي جمع الدم فيها .

وينهي جانيفي بحثه قائلاً : « ليلم ان قل الدم سلاح ماض ووسيلة ممنازة يجب التفكير فيها في الاعاضة عن دم فقد بالتزف وفي مكافحة الصدمة وفي تبديل بيئة دم المريض وفي تنشيط الدفاع بلزاء عفوة خطرة . وان الدم المحفوظ قد سهل طريقة النقل حتى اصبحت لا تختلف عن حقن الوريد بالصل . فلي الطبيب الا يحرم مريضه هذه الوسيلة الناجحة التي قد تبثه من الموت الى الحياة » .

شأن التخدير القطني في تشخيص أمراض

القولون المرطل

قبل ان نذكر هذه الطريقة السهلة في تشخيص أمراض (pathogénie) القولون المرطل نأتي على سرد ما يعرف من المعلومات عن هذا الأمراض . ففي مؤتمر أمراض الاطفال الفرنسي الذي عقد في باريس في ٢٩ تشرين الاول من السنة ١٩٣٨ تموتش في هذا الامر واستنتج ان القولون المرطل ينجم عن اضطراب في إعصاب التائه والودي البطئين وان للودي الدور المتقلب في هذا الاضطراب واما كون الآفة ولادية فيمل بان في الزمن الجنيني والتالي للولادة مباشرة تبدو حالة من التنبه الودي .

ودور التائه معروف فهو يقلص الامعاء كما ان دور الودي معروف ايضاً فهو يلجم ذلك التقلص فاذا ما قلص فل التائه افضى الامر الى التنبه نفسها : فان انحباس المواد انفاطة ينجم عنه في النهاية توسع الامعاء .

وقد حقق الاختبار هذه الفرضية : فان قطع الياف التائه احدث في خلال اسبوعين الى ثلاثة اسابيع اعراض القولون المرطل بيدان قطع الياف الودي لم تنجم عنه هذه النتيجة وقد حسن البعض اعراض داء هيرشبرونغ او القولون المرطل بتنبية التائه بالفيروستيغمين (physostigmine) واعادوا المشهد السريري الى ما كان عليه بشل التائه بالاروين وتوصل جون مورتون بالتخدير القطني الى حذف القوة المقلصة للامعاء الناعطة مؤقتاً ميناً ان هذا النبي من منشل مركزي وانه بانتقاله الى الودي بالنصون الموصلة يخف حركة الامعاء يستنتج ان أمراض القولون المرطل كما يبدو من التحريات الاخيرة كائن في اضطراب يطرأ على جهاز المعى الغليظ العصبي الانبائي سواء اكان هذا الاضطراب قصصاً في وظيفة التائه او ازدياداً في وظيفة الودي . ويسلم معظم المؤلفين بهذه الفرضية الاخيرة .

ولا يقتصر فعل التخدير القطني على كشف أمراض الآفة بل يقوم ايضاً بدور علاجي

زيادته تقلص وافرغ الامعاء وتخفيفه عناء المريض . ويلاحظ ان تقلص الامعاء يزداد في عقب التخدير القطني على اللوحة الشعاعية بعد اعطاء حقنة ظلية ، حتى ان السين الحرقفي الذي يكون قبل التخدير القطني شديد الاتساع وساكناً لا حراك فيه تبدو فيه بعد التخدير حركات حولية فينفرغ والمريض على المنضدة .

وبعد ان يعرف امراض القولون المرطل بالتخدير القطني تسنّ المعالجة الواجب اتباعها ففي كان الودي شديد التنبه يقطع هذا الصب ومضى كان التام شديد التنبه تكون المصبرات المس في حالة تنفع مستمر فنقطع هذه المصبرات . وقد قدم غوارر من الجزائر الى محي الجراحة في ٩ تشرين الثاني ١٩٣٨ تقريراً عن طرز قطع الودي القطني في القولون المرطل (mégacolon) والقولون المستطيل (dolico colon)

والتخدير القطني ناجح في المعالجة وليس في كشف الامراض فقط كما ذكرنا فان هذا التخدير القطني الاول في مشاهدة لكليساكو نظم التلويح طيلة ١٦ يوماً والتخدير القطني الثاني للمريضة نفسها نظمه طيلة ١١١ يوماً . فاعادة التخدير القطني والحالة هذه قبل الالتجاء الى طرق جراحية خطيرة (قطع الودي القطني ، قطع القولون والح . .) طريقة يحسن بالجراحين استعمالها كيف لا ولا عذور البتة من اعادة هذا التخدير كما يتبين من المرضى العديدين الذين تستدعي حالتهم توسطات جراحية متتابعة ويخددون بهذه الطريقة . النتيجة : ١ — ان امراض القولون المرطل سببه اضطراب في اعصاب التام والودي البطني مع تطلب هذا الاضطراب في الودي .

٢ — ان التخدير القطني طريقة سهلة وحسنة في كشف امراض هذه الملة .

٣ — ان كشف الامراض يرشد الى المعالجة الجراحية الواجب اتباعها او يدعونا الى النظر في استعمال التخدير القطني المبكر كطريقة للمعالجة . م . خ .

خطر الفصادة في المصابين بالسكتة

والمهدين بها

كانت العادة ولا تزال عند البعض من الاطباء ان يفصد الشخص المصاب بسكتة دماغية . وكان يعتقد هؤلاء ان استخراج نصف لتر من الدم من شخص مزداد ضغطه الشرياني يخفض التوتر ولو مؤقتاً وبقي المريض زقاً دماغياً جديداً . وان ما كان يشجع الاطباء ولا يزال يشجعهم على اتباع هذه الطريقة الخطرة الرأي السائد بين عامة الشعب بضرورة الفصادة . وليس الاطباء الذين يجرونها على مقاومة الاعتقادات العامة بشدة كثيرين ولا سيما متى كان المرض خطراً فاذا امتنع الطبيب عن اجراء ما تعتقده المجاوز واسطة للتنجاة ومات المريض ألحقت بالطبيب جريرة القضاء على مريضه فلا عجب والحالة هذه اذا ما جارى بعض من الاطباء حتى الآن العامة ولا سيما متى كان المريض الذي يعالجه من طبقة لا تدرك تقدم الفن ولا تستطيع فهم ما يذكره الطبيب لها في هذا الصدد . ولكن على الطبيب قبل ان يسرع الى الفصادة ان يتسائل عما اذا كانت كل سكتة دماغية فجائية ناشئة عن زفٍ دماغي ؟ فكثيراً ما يكون السبب تلين الدماغ، والفصادة في هذه الحالة شديدة الخطر لانها تريد الدماغ انفقاراً الى الدم عوضاً عن ان تخفف احتقانه كما يدعي الطبيب .

وقد يقال في حالة كهذه ان السكتة الناجمة عن التلين قلّ ان تكون فجائية كالسكتة الناشئة من النزف وان ابطاءها في الحدوث كافٍ لتمييزها وللامتناع عن الفصادة فيها . ولم يقتصر امر الفصادة على معالجة للسكوتين بها بل تمدد الى معالجة الزداد توزهم الشرياني اجتناباً للموارض الدماغية وفي هؤلاء كما في اولئك قد تكون الفصادة شديدة الخطر ايضاً .

فرب مزدادٍ توتره لا يشكو في احد شقيه غيرمذل (engourdissement) خفيف فقط يصاب حتى في سياق الفصادة بشلل صريح ورب آخر كان في حالة سبات خفيف

يشدد سباته بعد الفصادة ويموت . هذا ما كان يلاحظه الاطباء غير انهم لم يكونوا يجربون على مقاومة المادة الشائكة . وان ما شجع اليوم عدداً من الاطباء على الجهر بضرر هذه المادة وضرورة مقاومتها الاعمال التي قام بها الاستاذ كلوفيس فانسن وغيره .

ومنها يستدل ان ليست الفصادة الوافرة التي يستخرج بها مقدار كبير من الدم مضره فقط بل ان بزل الوريد واستخراج بضعة سنتيمترات من الدم منه قد لا يخلو من الضرر ايضاً . لان بزل الوريد هذا قد يحدث انخفاضاً انعكاسياً في التوتر المحيطي ينتقل تأثيره الى الدوران الدماغي محدثاً الاضطراب فيه . وهذا الانخفاض المحيطي لا يطول امره فقد لا يستمر الا عشر دقائق ثم يقبه ارتفاع في الضغط قد يكون منه خطر عظيم على شخص مزداد ضغطه ومهدد بالفالج او مصاب به .

لنذار من الفصادة حتى من بزل الوريد لاستخراج مقدار طفيف من الدم في كل شخص مصاب بسكتة دماغية او مهدد بها لان كل توسط على الوريد مهما كان طفيفاً قد يكون منه تأثير شديد عام في التوتر الشرياني .

م . خ .

استئصال الورم الندي عبر المثانة

او من خلال الاحليل

ان الورم الندي حول الاحليل الذي كان يسمى خطأ في السابق ضخامة الموثة (hypertrophie de la prostate) ينمو ، كما يدل عليه اسمه ، حول الاحليل بين عنق المثانة الذي يملو والشنخوب (veru-montanum) الذي لا يتبدل مقره البتة . ويموق هذا الورم الندي البول ويغضي ، بعد ان تهن عضلة المثانة التي تضطر الى التضايل المستمر للتغلب على هذا المائق ، الى بقاء ثمالة من البول في المثانة تزداد مع مرور الزمن والى اتساع المثانة او الاسر الحاد الذي قد يكون موقفاً او دائماً . ولهذا الاضطرابات في افراخ البول تأثير في السكيتين وفي البدن اجمالاً .

وبين فحص الاورام الندية المستخرجة النسيجي ان هذا الورم الندي ينمو على ما للاحليل من الندد في تلك الناحية .

وقد استند البعض الى براهين علاجية ليست راهنة (فصل الرسل «hormones») فظنوا ان الورم الندي ينمو في حذاء قريبة الموثة (utricule prostatique) والمحصولات الملحقة بها مع ان هذا الادعاء مردود بالبراهين التالية : مقر الورم الندي في انسي مصرة المثانة ، وظهور بعض الاورام الندية امام الاحليل فقط ، وعدم اضطراب الجراح الى قلع الشنخوب والقريبة في استئصال الورم الندي الامر الذي لا مندوحة عنه من آوة الى اخرى لو نشأ الورم الندي من قريبة الموثة .

غير ان كل هذا قليل الشأن والامر الذي يسترعي اهتمامنا هو الورم الندي نفسه وطرز معالجته .

لا يخفى ان جميع الاورام الندية حول الاحليل لا تستدعي التوسط الجراحي بل ان المعالجة الدوائية هي أس المعالجة ما زال الورم الندي لا يحدث عوارض مزعجة ولا اختلاطات تضطرن الى الجراحة .

فالتوسع الجراحي واجب :

١ — متى بدا في المريض أسرتهم او كانت النتالة وافرة فأثرت في الكليتين ، واستلزم استعمال المسبار دائماً فتمرضت ثناته للنفوة .

٢ — متى لوحظ في مريض مراقب عن كتب منذ زمن طويل ان ثناته تزداد وان حالته تستعظرن الى استعمال المسبار . فخير للمريض ان يعالج معالجة جراحية وحالته حسنة من ان يعالج هذه المعالجة بعد ان تسوء حالته

٣ — متى طرأت عوارض موقفة غير ان حدوثها تكرر : اسر لهم حاد موقت ، حصة ناكسة ، يلة دموية وافرة ، التهاب البرج الرابع ، هيجات تمغن .

٣ — متى بدت في الودم الفندي نواة دالة على انقلابه وربما خيئاً .
والتوسط ممكن في يومنا بطريقتين :

باستئصال الودم عبر المثانة .

بقطعه من خلال الاحليل .

اما استئصال الودم الفندي عبر المثانة (عملية فراير) فيتم بالاستفادة من سطح التفريق الواقع حول الودم في مصرة المثانة للتسمة المتفرقة .

يد ان قطع الودم من خلال الاحليل يجري بشفرة يجتازها تيار سريع التواتر فيقطع بها الودم شيئاً فشيئاً قطعاً قطعاً او ناقصاً .

وقد كثرت الآلات والاجهزة المستعملة في هذا القطع حتى ان عددها يكاد يبادل عدد الجراحين الذين يستعملونها وليست هذه الاجهزة من الاتقان في درجة واحدة نذكر منها جهاز ماك كارتني وستيفنس اللذين استنبطا هذه الطريقة في السنة ١٩١٣ .

ولا تزال المناقشات دائرة حول تفضيل التوسط الجراحي عبر المثانة على قطع الودم من خلال الاحليل او رجحان هذا على ذلك . واستعمال كلتا الطريقتين واجب على ان تعين استطبابت كل منهما . فلا يجوز ان يعالج جميع الاورام الفندية حول الاحليل بالاستئصال عبر المثانة ولا ان يشار في جميعها بالقطع من خلال الاحليل . والغاية التي نرمي اليها في هذا البحث هي ذكر حسنت كل من هاتين الطريقتين ومخاطيرها واستطبابتها كما جاء في بحث مانع للاستاذ مارويون :

ولا غنى قبل كل توسط على ورم غدي حول الاحليل سواء أكان هذا التوسط استئصلاً عبر المثانة او عبر الاحليل من استئصال وظيفية الكلية وحالة جهازى الدوران والتنفس والحواس . .

ولا بد أيضاً من متابعة حالة المثانة الثامة بالتظير (cystoscopie) والتصوير الشعاعى . وهذا الاستقصاء الاخير قليل الاستعمال في الممارسة مع انه ضروري ايضاً . فيه يتقى الجراح بعد اندمال جرح مريضه خيفة لم يكن يتظرها سببها حصة لم يشعر بها في اثناء عملياته او ريج مثاني او استسقاء حويضة والحواس . .

ومعرفة حجم اللوة واجبة ايضاً لان لهذا الحجم شأن في اختيار احدى الطريقتين . ولا يكفي من التسقيم لتخمين هذا الحجم بل لا بد من الاستعانة بتظير المثانة او الاحليل ايضاً : فقد يبدو الورم صغير الحجم بالاصبع مع انه يكون كبيراً وشديد البروز في المثانة والعكس ممكن ايضاً .

١ — استئصال الورم الندي عبر المثانة : هو ولا شك المعالجة الفضلى للورم الندي

حول الاحليل لانه يخلص المريض من عته بلزائه المائق الذي يعول دون الياسة ازالة ثامة ويحصله في مأمن من الاخطار والاختلاطات التي يتعرض لها في مستقبله ، على ان يستأصل الورم استئصلاً تاماً ولا يترك منه قسم يكون سبباً في نكسه او يهمل ورم غدي ملحق صغير يرمو بعد استئصال الورم الكبير فتعود العوارض الى الظهور .

اضف الى ذلك ان استئصال الورم الندي حول الاحليل يمد للشخص قوة وإشباباً لا يستهان بهما وفيه استحالة الورم الندي الى ورم خبيث وليست هذه الاستحالة بقليلة الحدوث . فان الياسة تعود الى الانتظام ولا تبقى ثامة الا اذا كانت المثانة قبل العملية قد وهنت عضلتها ووسمتها المثانة الوافرة التي كانت تجتمع فيها غير ان هذه المثانة لا تتجه قط الى الازدياد واذا تردد البعض في اجراء هذه العملية فلخطرها وتختلف الوفيات بحسب الجراحين والبضوع والاعتادات قبل العملية وبعدها . وهي لا تتعدى ٣ — ٨ ٪ في شب امراض البول المتقنة . غير ان ما يسيء الى سمعة هذه العملية وما يخيف المرضى منها هو سهولتها واقدام الجراحين الذين لا خبرة لهم بالاعتادات قبل العملية وبعدها على اجرائها وقد قل خطر هذه العملية بعد ان اسبحت تجري في زمنين : خزع المثانة في الزمن

الاول لتفجيرها وتطهيرها اذا كانت عفنة ولا راحة الكليتين وتحسين الحالة العامة بمنع البول عن الانقباس . واستئصال الورم الضدي في الزمن الثاني ويجري هذا الاستئصال بعد زمن مختلف الطول من الزمن الاول .

وليس اجراء العملية في زمنين ضرورياً في جميع المرضى بل ان اجراءها في زمن واحد مفضل في بعض منهم .

وتجرى العملية في زمنين : ١ — في المرضى القليلي المتانة لتقدمهم في السن او لسوء حالتهم العامة التاجم عن احد الاسباب .

٢ — في التفتين الذين يقيح بولهم

٣ — متى اصيبت الكليتان وتعرف اصابتهما بمعايرة بولة الدم واختبار الفانول سلفون فالتين

٤ — في المرضى المصابين بآفة كلوية اخرى تستدعي توسطاً اولياً : رنج ، حصاة مع ثفن والـ . .

٢ — قطع الورم بطريق الاحليل : يمتاز قطع الورم بطريق الاحليل بكونه اخف خطراً غير ان عملياته قد يقبها الموت في المرضى المضطين التفتين خلافاً لما يظن البعض وكثير من الوفيات التي لم تنشر حوادثها تثبت هذا الامر . فاذا اجرت ايد غير متمرة هذه العملية واذا لم تراعى استطبائهما ومضادات استطبائهما فاقت الوفيات فيها وفيات الاستئصال عبر المثانة التي تجريه ايد عمرنة .

وتستدعي هذه العملية احليلاً واسماً كافيلاً لارار الآلة الفليطة القاطمة . فقد لا تمر هذه الآلة في الاحليل حتى اذا حضر قبلاً . ويخرج بعض الجراحين الاحليل خارجاً لادخال آلتهم وهذا دليل على ان هؤلاء لا يفقهون معنى الجراحة .

ومن حسنات هذه العملية انها تجبر المريض على ملازمة فراشه طويلاً كالاستئصال عبر المثانة غير انها ليست عملية سيارة (ambulant) كما يظن البعض . واذا كانت نتائجها حسنة في بعض من الاوقات وكانت البيلة تنظم وتقل الثالة بعدها فهي في البعض الآخر ناقصة او سيئة حتى انها قد تدعو الطبيب الى اعادة الكرترة او اكثر لتصبح النتيجة مرضية . ومهما يكن فان القطع الكهربائي لا يأتي على الورم الضدي جميعه الا اذا

كان صغيراً والجراحون الذين يدعون انهم قطعوا قطعاً تاماً ورمماً غدياً كبيراً ينسون الفصوص الضالة التي لا تكتشفها الاصبغ التي استأصلت الورم الندي الا اذا قُتشت عنها . فكس الورم والحالة هذه بعد القطع الكهربائي ليس تدرأً وعودة المراض بعودته امر عجم . وهذا ما حمل الكثيرين من اختصاصي امراض البول الى تضيق دائرة هذه العملية .

واذا روعيت في هذه العملية استطبائاتها واتقن اجراؤها كانت عملية سليمة واما اذا اجريت في جميع الاورام الندية بلا استثناء فتبادل الوفيات فيها وفيات الاستئصال عبر المثانة وربما تفوقها بدون ان تتساوى النتائج في المثلين . وتتمتع هذه العملية الآن بسمعة حسنة وقبل عليها المرضى عتادين

ونجم الموت في عقبها عن النزف او الفتوة أضف الى ذلك ان توالي العملية ليست بسيطة دائماً كما يصورها البعض بل ان الكثيرين من المرضى يظلون مصابين عدة اشهر بالتهاب مثانة سببه تكس انقراض الاجزاء التي لم تحرر تماماً ولا يزول التهاب المثانة هذا الا متى انطرح تلك الحصى ، ويقون عرضة ايضاً لسلس البول

فلى الجراح قبل اجراء هذه العملية ان يبين مريضه ممانية دقيقة من الوجنتين للوضعية العامة كما لو اراد اجراء الاستئصال عبر المثانة ، ولذا قرر القطع الكهربائي لسؤ حالة الكلتيين والمثانة كان عليه ان يجرع المثانة اولاً

وربط الاسهرين (canaux déferents) احتياط مفيد جداً وواقٍ من التهابات البربخ

التي تبدو احياناً في عقب القطع

٣ — اختيار احدي الطريقتين : ان القطع من خلال الاحليل عملية حديثة لا يستطيع

الحكم على نتائجها ولا الاقرار بقيمتها لان قطع بعض من الورم الندي وتمكن المريض بعده من البول ليسا كافيين للقول بحسن هذه الطريقة ، فان بعضاً من الاطباء بهرتمهم الهادة التي اجري بها بعض من اختصاصي امراض البول هذه العملية ولم يتبعوا مرضاهم اشهرأ وسنوات ليطلعوا النتيجة فقالوا استناداً الى ما رأوا ان الطريقة سليمة وحسنة وان شيوخها واجب مع انهم لو اتبعوا اولئك المرضى مدة طويلة من الزمن لبدلوا رأيهم ، لا ينكر ان القطع الكهربائي عملية حسنة وسليمة اذا اقتصر في اجراؤها على مرضى معينين . فهي الطريقة الفضلى في :

أ — الاورام الندية الصغيرة ولا سيما في وقت على الخط المتوسط .

ب — الاورام الندية المتوسطة او الكبيرة الحجم متى كانت متاسكة القوام وفي اشخاص قليلي المتانة متقدمين في السن .

ولا يؤمل في قطع الورم الندي كله غير ان اعادة اليقة الى مجراها الطبيعي ممكنة ولو مؤقتاً وهذا كاف في اشخاص مسنين لا تطول حياتهم لتكس ودهم .

ج — ويشار ايضاً بالقطع الكهربائي في بعض من الفتیان الاقوياء البدن الذين لم يصابوا بامراض تبرر الاستئصال عبر المتانة فيهم (مثالة وافرة ، انحباس بول) بل جل ما يتأهبهم بواله (pollakiurie) وتبول (dysurie) فالقطع الكهربائي فيهم كاف لازالة هذه الموارض ومنها عن التجدد .

وحذار من القطع الكهربائي في الاورام الندية الكبيرة الرخوة الحشنة السهلة النزف لان قطعها شاق للنزف الذي يطراً ولضرورة وقفه قبل العودة الى العمل .

وليمتنع عن القطع الكهربائي في الاورام الندية المرققة بغفوة جديدة لان السطح الذي ينجم عن القطع واسع ولان عوارض انسداد الدم الخطرة في عقبه ليست بادرة الحدوث واكثر الوفيات تقع في مثل هذه الحالات .

وبعض الاستئصال عبر المتانة

أ — في الاورام الندية الكبيرة والمتوسطة متى كان المصاب حديث السن فاعلمية فيه سليمة والتكس محقق اذا قطع الورم بالكهرباء لان القطة التي تتركها الشفرة تجدد وقتاً كافياً لتنمو والتكس .

ب — في الاورام الندية الكبيرة النازفة المتخنة حيث القطع الكهربائي صعب وخطر، صعب بالنزف وخطر بغفوة الدم التي تنجم عن السطح الواسع المرئي

ج — في المرضى الضيقة احاليهم حيث لا يستطيع ادخال الآلة

د — متى كان فتح المتانة واجباً لتحسين حالة الكلتيين او تطهير المتانة او معالجة آفة اخرى فيها .

ولا ينكر ان القطع الكهربائي بعد فتح المتانة ممكن لا بل اقل خطراً مما لو اجري من خلال الاحليل غير ان المريض الذي يحمل خزع المتانة يحمل في الثالب استئصال الورم

واستئصاله يفوق قطعه كما لا يخفى الا اذا كان المريض شديداً لوهن او كان الورم صغيراً

د — متى كان يقيح جدي في المونة

هـ — متى بدأت استحالة الورم الحينة

و — متى خاب القطع الكهربى .

والنتيجة ان من اراد ان يقتصر في ممارسته على اجراء احدى الطريقتين فقط في جميع مرضاه يكون قد اخطأ . لان نتائج العمليتين حسنة اذا روعيت استطبائهما ومضادات استطبائهما ولان الوفيات في القطع الكهربى اذا لم يتقَ المرضى الصالحون له لا تقل عنها في الاستئصال عبر المثانة

٢٠ خ .



المعاينة السريرية في امراض العظام (رسوم مجمل الصقل الكهرية ، وبزول العظم المكررة)

١ — داء غوشه (*Maladie de Gaucher*)

قد ذكرت في داء غوشه علامات عظمية مختلفة غير انها تظهر متأخرة في الغالب .
أ — فقد تكون علامات وظيفية : آلام عظمية موضعة او متأخرة الا انها بالخاصة علامات حكيمة ناجمة عن اصابة العامل المرضي للظلم فيلين العظم ومكسر او يقشوه ولاسيا الفقار التي ينشأ عن تشوها الاحديداب أو البرنخ (*lordose*) وبالتالي قصر القامة
ب — أيسطاع كشف اشتراك الظلم قبل ان تظهر العلامات السريرية ؟ اجل . بالرسم الشعاعي على ان يصور الصقل اجالاً . فالظلم المسطحة اسهل واسرع اصابة من الظلم الطويلة . ولا عجب في ذلك لانها تحتفظ مدة طويلة بنقيا الاحمر النشط
غير ان من هذه الظلم الطويلة كالتقص والفقار ما تصب قراءة رسومه الشعاعية حتى ان هذه الرسوم لا تثبت تشخيص الآفة الظلمية

ج — ولكن مميزات التي يزل القص تثبت اثباتاً لا شك فيه اشتراك هذا الظلم الذي يبدو سلباً بآفة غوشه . فان خلايا غوشه الخاصة يبدو منها عدد عديد في الحزرة ويرجع ان اشتراك نسيج النقي الشبكي البطاني مبكر في الظهور . ففي ضخامة الطحال حيث يظن بدء غوشه يثبت بزل القص هذا الداء ولا يبرز الطحال الا اذا جاء بزل القص سلباً وهذا نادر

فاتظار العلامات السريرية لتشخيص الداء يؤخر كشف العلة يد ان بزل القص ، هذا الظلم السهل المثال يمكن الطبيب من التشخيص قبل ظهور العلامات الوظيفية والسريرية
٢ — اورام النقي العظمية

اننا نجد في اورام النقي العظمية اوداء كاهل جميع الحادئات الي تحقنها في داء غوشه

أ — ففي اورام النقي العظمية المستولية قد تصادف أيضاً علامات عظمية سريرية ، وظلغية وحكمية : الآلام ثم الكسور والتشوهات التي تلو لين العظام .

وقد تصيب الآفة عدة عظام بدون ان تكون مستولية . وظهور هذه العلامات وان يكن اقل تأخراً منه في داء غوشه ، لا يبكر في الظهور ايضاً . ومع ذلك فقد لا يستعري انظار الطبيب والمريض غير عرض اول هو انكسار الاضلاع المكرر عفواً او بدون سبب يذكر . فاذا ما اعار الطبيب هذا المرض اهميته واسترشد بعلامات اخرى عامة متوصل الى تشخيص الداء : فقد يبدو تناذر دموي وتناذر آخر يولي لها قيمتهما في تشخيص اورام النقي العظمية وان يكن هذان التناذران غير ثابتين ولا خاصين بهذه الاورام فقط . ويقوم التناذر الدموي بازدياد بروتيدات الدم ولاسباً باهتلاب مناسبات المصلين كبرين (*sérine-globuline*) مع ازدياد الاوغلولولين (*englobuline*) ويقوم التناذر البولي بظهور الآحين في البول ولا سباً آحين ينس جونس (*Bence-Jones*) الذي يرسب في الدرجة ٥٥ — ٦٥ ثم ينوب في حرارة أعلى

ب — ورسم الصقل جيمه يمكن الطبيب من تشخيص باكر ومعرفة امتداد الداء . تظهر في الرسوم الشعاعية ثقبوب مدورة مقطوعة الحافات في العظام المسطحة بالحاسة : الجمجمة والترقوة والضلوع والح . ثم تبدو في العظام الطويلة متأخرة . ويستطاع بالرسم الشعاعي اتباع سير الداء ايضاً . فاذا ما اعيدت الرسوم في كل ثلاثة اشهر عرف سير الآفة وامتدادها : بازدياد الاجواف العظمية وظهور اجواف جديدة في عظام كانت تبدو سليمة حتى ذلك الوقت

ج — ويظهر ان ليزل القص في التشخيص الباكر قيمته هنا كما في داء غوشه . فان المجهر يكشف في نقي العظم خلايا مصلية موهمة (*pseudo-plasmocytes*) مدها بالنسبة الى سائر الخلايا الاخرى متبدل من ٢٠ — ٦٠ ٪ ، وعلان فارتا وستورتي حادثة امرأة مصابة بغاثة دم حزمنة خطيرة لم يحرف سببها ، فشخص ورم النقي العظمي فيها وسبب فاثة الدم ييزل القص قبل ظهور اي علامة عظمية او دموية او بولية وقد اثبت الرسم الشعاعي بعدئذ هذا التشخيص

فيزل القص هو من احسن الوسائل في التشخيص ان لم تقل احسنها . وبعد ان

يشخص الداء يكمل يرث العظام الاخرى، وزل العظام كرسما الشعاعي واسطة في استقصاء سمة الآفات فكما ان الرسوم الشعاعية اذا ما اعيدت في كل ثلاثة اشهر تبين امتداد الآفة او تحسنها بالمعالجة يظهر زل العظام المكرر ايضاً اذا ما كانت فواصله ثابتة بازدياد عدد الحلايا المصلية او قتلها استتفحال الآفة او تحسنها .

٣ — سرطان العظام الثانوي

لا تخفى كثرة استيلاء بعض من سرطانات الثدي على جهاز العظم في عقب العمليات ولذا ذكر منها سرطان الثدي والغدة الدرقية ونظائر الهدق والموتة والكظر (surrénale) فسرطان الثدي يغير بالحاسة على الفقار والاورام الاخرى تفضل العظام الطويلة .

أ — وقد يتكشف سرطان العظام كداء غوشه واورام النقي العظمية بعلامات وتليفية او حكيمية . فسرطان الفقار يؤلم بسرعة ثم تظهر فيه علامات انضغاط الجذور او التضاع فيتمثل مشهد الكساح (paraplégie) التشنجي او غير التشنجي المؤلم . وقد تبد كسور منقذة يده الداء .

وقد ترشد معاية الدم ايضاً في سرطان العظم المستولي الى التشخيص متى كان السرطان صمياً . خبدو فاقه دم متفاوتة الشدة مع ازدياد الكريات البيض الكثيرات النوى ونظهور خلايا النقي في الناب (٥ — ١٠ ٪ من خلايا النقي المتتلة) وفي الواقع فان ظهور العلامات الحكيمية حتى الوظيفية متأخر ويحتمل ان الشذوذ الدموي يثبت اتجاهات متسعة في العظم .

ب — تستتج هنا . كما في الادواء السابقة ، من رسوم الصقل الشعاعية برمتها معلومات ذات شأن فهي تبين ان الفقار قد اصبحت فظهرت فيها جيوب شبيهة بجيوب الورم الخمي وانها على وشك الانهدام او ان تكسفات شديدة قد بدت فيها ، وهو تلد ، غير ان ماله بدرسه الصقل برسوم شعاعية اجالية وصف في العظام بقماً صغيرة نيرة نسبها الى استيلاء الحلايا السرطانية . وبعد ان عاجل هذه البقع بالاستئماع اصبحت اكثر وضوحاً لزوال هذه البؤر الخلوية الصغيرة الانتقالية منها ثم زالت بعد ان عولجت بمعالجة مكثسة وتحسنت الحالة العامة في الوقت نفسه .

ج — درس نقي العظام في سرطان العظم فيه من الفائدة ما في ادواء العظام الاخرى

فكثيراً ما يكشف درسه ان سرطان الثدي قد انتقل الى القص مع ان العلامات السريرية تكون مفقودة بناتاً . ومعرفة الخلايا السرطانية سهلة جداً بمنظرها واستطالتها حتى انها لا تدع مجالاً للتردد .

فالانتشار الى العظام كثير الحدوث اذا ما فُتس عنه بالطرق الحديثة . وهذا الاستيلاء يمكن قبل كل عملية وهذا ما يجب معرفته لان البعض قد اتهم الجراح في احداث هذا الاختلاط وتحقيقه . وتستنتج من هذا المبدأ نتيجة ذات شأن في الممارسة وهي انه لا يجوز بضع سرطان الثدي قبل رسم عظام الصقل اجمالاً ومعرفة ما اذا كان السرطان قد انتشر اليها ولا سيما قبل بزل القص ومعاينة نقيجه . ولا يحق للجراح اجراء عملياته قبل ان يتحقق انه يستطيع قطع شأفة السرطان الموضع الذي يسد اليه مريضه . واذا رأى ان الانتشار قد حدث وان يوراً ثانوية قد تكونت كان عليه ان يمتنع عن استئصال السرطان لانه لا يستطيع القضاء على البؤر العظمية في الوقت نفسه .

واذا كنا قد ذكرنا سرطان الثدي في الانتقالات العظمية فلأن سرطان العظم ثانوي في معظم الاوقات ولا يدرك منشأه عادة حتى ان الانتقالات العظمية الى الصقل قد تحل في الدرجة الاولى ويحل السرطان الذي انشأها في الدرجة الثانية . وقد يشخص منشأ الورم من شكل الخلايا السرطانية الخاص كما حدث لفارادي الذي استطاع بعد بزل القص ودرس الخلايا السرطانية فيه من معرفة مصدرها السكبيدي لاحتوائها على الاسبغة الصفراوية . ولعل ان بزل القص قديماً سلباً مع ان الانتقالات العظمية تكون محققة لان البرل يكون قد وقع في جوار الآفة .

يستنتج من هذا ان مبحث الآفات العظمية يترى اذا درست العظام والدم في آن واحد . ولياين بقي العظم اما في حذاء الاورام الموضوعة او في حذاء القص او الفقار حيث التي سهل المثال وحيث لا يزال نشيطاً ومحقق الإصابة ، ان هذه المعاينة جزء من معاينة الدم لان نتائجها ثابتة ولاها اكثر دلالة من الوسائط الاخرى اضف اليها رسم الصقل اجمالاً الذي اتى باحسن المعلومات .

معالجة البهر

ما من داء استدعى بكثرة حوادثه واستحصائه على المعالجة تحريات عديدة كالبهر . فلا عجب اذا ما تعددت طرق معالجته واذا ما صب اختصاصها في معالجة كهذه . يدعى الطبيب عادة الى معالجة مريض مصاب بنوبة حادة ، فليبه ان يكافح اولاً هذه النوبة حتى اذا اتهمض عاد الى السؤال عن الظروف التي احدثتها ودرس سوابق المريض وعيانه . معالجة تامة ودقيقة ووصف معالجة موازنة منعا لعودة النوبة .

١ — معالجة نوبة البهر : تختلف المعالجة باختلاف شدة النوبة فاذا كانت خفيفة اكتفي بمعالجة الاعراض التي يربها المريض عادة ويستعملها متى هددته النوبة .

واذا كانت شديدة كان على الطبيب ان يخفف عن مريضه في الحال ، وان يلجأ الى المعالجة الفرزية مبدءاً التوازن بين عمل الرئوي المدي الذي اشتد نشاطه وعمل التائه الذي نهي واذا تالت التوب على الرغم من كل هذا وتقاربت وجب الالتجاء حينئذ الى المعالجة الدوائية

أ — معالجة النوبة الخفيفة : يجلس المريض قرب نافذة مفتوحة وتنفك اذنار قيصره وتصنع حجابات جافة على صدره وتظهره وتنطس قدماء في ماء مخردل .

وسطى لفافة من اوراق البلادونا البثيرة او من الداتورا فيدخنها او تحرق هذه الاوراق ويستنشق دخانها ويوضع في الحفرتين الاخنتين مرهم فيه كوكاين (١ — ٢٠) وادراالين (١ — ٢٠٠٠)

واما العلاجات الباطنة فيختار منها الطبيب ما يراه مواظاً :

يودور الكافئين ٥٠٠ . ستيفراماً مرتين الى ثلاث مرات في اليوم

برومور ولا سبا برومور الكالسيوم غرام الى غرامين يومياً

آفادرين (٤ — ٥ ستيفرامات يومياً) وفائدته حسنة .

فالريلا : الخلاصة المائية الكحولية (٥٠٠ . ستيفراماً الى غرامين) او الصبغة

(٢ — ١٠ غم)

الفرداقل (١٠ — ٢٠ ، ستيفراماً)

جاءات البنزل ٢٠ — ٥٠ قطرة من محلول كحولي نسبته ٢٠ ٪.

تؤخذ هذه العلاجات في اثناء التوبة والاحسن اخذها قبلها حتى شمر المريض ان التوبة ستنتابه ويأبر عليها بضمة ايم . وبعد ان تختبر هذه العلاجات المختلفة يعرف ايها اكثر مواقة المريض لان لكل مريض تحسناً خاصاً بلزاء الادوية، واذا لم يحم المريض في اثناء التوبة على السوائل يخفف طعامه ويختار منه ما كان قليل السمية

ب — معالجة التوبة الشديدة : تراعى في هذه المعالجة الامور التالية :

تنبيه الودي : وطريقته ان تمحق اللحمة بنصف سم ٣ — سم ٣ من ادراتالين نسبته ١ — ١٠٠٠ ويجوز ان تشرك خلاصة الغدة النخامية مع ادراتالين التي تخفف الاحتقان عن الرئتين بفعلها الحافض للضغط في الشريان الرئوي . والافامين (évalmine) مركب فيه هالان المادان .

وتستعمل في الاولاد مقادير ضئيلة : قطرة الى قطرتين من ادراتالين لكل سنة من العمر .

وتجوز الاستعاضة عن ادراتالين بخلاصة الكظر التامة . وبعد استعمال ادراتالين تزول التوبة في بضع دقائق غير ان زوالها لا يطول بل تقضي الحاجة باعادة الكرة بعد ساعتين الى ثلاث ساعات .

ولا ينبغي ان اعاد هذه الحقن لا يخلو من الخطر : فان المريض يتاد بسرعة هذه العلاجات حتى ان التوب تصبح اكثر تواتراً ومناعة على المعالجة . فعلى الطبيب ان يقتصر في استعمالها على مساس الحاجة فقط .

نهي الرئوي المدي : متى لم يكف استعمال ادراتالين او متى رغب في تقوية فعله يعطى اللقاح (البلاذونا) :

صبة اللقاح (عشرون قطرة مرتين او ثلاث مرات يومياً)

حبوب تروسو (خلاصة اللقاح ستيغرام ومسحوق اللقاح ستيغرام لكل حبة، ثلاث

حبات يومياً)

كبديتات اللقاحين (الاترويين) المتدلة (ربع مليون حبة تحت الجلد مرتين الى

ثلاث مرات يومياً)

وإذا خابت هذه العلاجات تحقن اللحمة بستيغرام مورفين او سادول .
ويستحسن اكمال هذه المعالجة بالمعالجة التي ذكرناها في التوبة الخفيفة وتقوية القلب
إذا اقضى الامر .

ج — معالجة الثوب التداخلة : يندد ان تأخذ الثوب بعضها برقاب بعض وان تحصى
المعالجة فإذا ما حدث هذا يلجأ الى المعالجة بالحرارة ويظهر ان الخرجة الاصطناعية
خير من العلاجات الاخرى المقترحة : الزيت المكبرت ، والقلاح المضاد للتيفية ،
والدملكوس والـخ فان الحرارة تملو بعدها بانتقي عشرة الى عشرين ساعة وتزول نوبة
البر . ولا تشق هذه الخرجة قبل اليوم السابع او التاسع وخير ان تطول مدة التقيح
ما امكن لان التوبة لا تظهر مطلقاً ما زال التقيح .

واشار بعضهم بالفصادة ٣٠٠ — ٤٠٠ سم التي قد تأتي ببعض النتائج الحسنة ومثلها
التخدير المام بالكافور فور مدة ٤٥ دقيقة .

وجنى بعضهم فائدة من الاستئماع النافذ على الصدر والطحال غير ان استعماله متعذر
لصعوبة قل هؤلاء المرضى .

والحمية المائية واجبة في اثناء التوبة وغسل الامعاء والمسيلات كذلك .

٢ — معالجة البر السببية والامراضية : لا غنى عن معالجة سبب البر اذا شئنا الا
تعود الثوب لان المعالجات التي ذكرناها موقته . واكثر المهورين مصابون بدواء عصيبة
وحرضية فهم في الغالب مسممون ، عيرو الهضم ، قرسيون ، وقد يكونون مسلولين سلاً
قديماً او مصابين بدواء كلوية ووتينية («ortiques») . فعلى الطبيب ان يطمئن ان عولجت
حالة الكلية وان يراقب الضغط الشرياني ويعلم ما اذا كانت الكبد مقصرة فإذا ما عولجت
هذه الفدة شفي المريض . وتصب منذ البدء معرفة المكان الذي يوافق المهور . والجبال
المرتفعة حيث التبار قليل في الهواء اكثر موافقة من السهول او الاودية حيث الهواء
رطب . وسكنى المدن خير من سكنى القرى . وشواطىء البحار مفضلة على سواها .

وعلى المرء ان يعيش عيشة نشيطة غير ان الارهاق مضر وان يكون غذاؤه قليل
السمة والآنوت (فلا مرق لحم ، ولا مقدمات ولا ايجان محمرة ولا شوكولاتا
ولا كحول والـخ . .) ويستحسن يوماً او يومين في الاسبوع ان يحصى المريض على اللبن والامار

أ — معالجة السبب : يبين المريض معاينة عامة ليعلم ما اذا كان فيسبب محدث للنوبة: ثعلبات في الانف ، قريئات ضخمة ، التهاب زائفة مزمن ، التهابات تناسلية ، التهاب مرارة الخ . . .

واما معرفة السبب المحدث للنوبة فتقوم بتحسيس البدن بازاء المواد التي تؤثر فيه بحسب الطريقة التي استنبطها الاميركان . غير ان في ذلك ما فيمن الصعوبة فان هذه المادة ليست في الغالب مفردة بل مركبة (غبار ، روائح . . .) من عدة عناصر لا يستطاع تفرقها ولا معرفة العنصر المحدث للنوبة فيها

واذا استطيعت معرفة هذه المادة يحسب المبهود بازاؤها بدخال مقادير جزئية منها بجهازه الهضمي قبل الاكل وزيادتها تدريجياً او بالتفاسل الادمي او الحقن تحت الجلد ولبعض هذا التحسيس بروية وبطء والا حدثت عوارض قد لا تحمد عقابها

ب — معالجة البيئة : اذا كان اختلال في التوازن بين التائه والودي سمي الى اصلاحه باستعمال خلاصات الفند : الدرقية والميضية والكظرية بحسب الحالات ويكفي في معظم الحالات دعم التوازن الحطلي بابطال تحسس غير نوعي ويتحقق ذلك بطرائق احيائية او كيميائية

الطرائق الاحيائية : اشهرها المعالجة بالمضمون (peptone) وطريقته ان يعطى المضمون بطريق الفم او الادمة او الوريد . فيعطى بطريق الفم ولو لم يكن البهر هضياً بمقدار ٥٠،٥٠، ستيغراماً في برشانة قبل الطعام بنصف ساعة، غير انه قليل الفعل بهذا الطريق ويطلى بطريق الادمة بحقنها في كل يوم بشر السنتيمتر ثم بشره ثم بثلاثة اعشاره من محلول هضمون ويت او شاسانغ ونسبته ٥٠ ٥٠/٠ طيلة عشرين يوماً متتابعة . ويجوز ايضاً استعمال محلول نسبته ٥ ٥٠/٠ وحقن اللحمة به في كل يومين حتى يصبح عدد الحقن خمس عشرة

واما طريق الوريد فتشديد التفاعل ولا يخلو من الخطر

ومن الطرائق الاحيائية :

الاستدعاء الذاتي : قد اتى بعدد من النتائج الحسنة غير انها لم تكن ثابتة . تصنع عشر حقن قوام كل منها ١٠ — ٢٠ سم ٣ مرتين في الاسبوع او تصنع حقن صغيرة المقدار

كل منها ١ — ٣ سم في كل يوم طيلة عشرة ايام . والاستدعاء تلجع في الربو المسبب عن اسباب خارجية (الروائح الاغبرة ، طلع الثبات والح . .) وفي زكام العلف .

الاستمصال الذاتي : اذا خاب الاستدعاء استعمل الاستمصال . تصنع حقن من مصل المريض في الادمة او غشاء القم المخاطي (وجه الحذ الباطن او غشاء الاقب المخاطي والجدار

الوحيي) قوامها $\frac{3}{10}$ — $\frac{8}{10}$ الستمتر المكب بيرة دقيقة . ويثار على هذه المعالجة عشرين يوماً . وللاستمصال الذاتي فعل تلجع اذا استخرج الدم في اثناء التوبة (ويستطاع حفظ هذا المصل زهاء اسبوع في الثلجة) .

الاستلقاح : يستعمل في الربو الغني المصدر القوي تقدمه عوارض رئوية حادة . تحضر لقاحات ذاتية من جراثيم القشاعات او جراثيم الحفرتين الاثنتين او البلعوم او تستعمل لقاحات جاهزة ويعقن المريض منها بمقادير متزايدة .

وقد جربت حديثاً الحقن الرغامية بلقاح متمد القوى محلول في ٥ سم ٣ من المصل الفريزي فامت بنتائج حسنة .

مادة اوريال (substance d'Oriel) : جديرة بالتجربة في الحادئات المستعصية ، يبدأ بسلسلة من الحقن المستبقة للادمة في كل يومين ويتداً بشر الستمتر المكب ويزاد تدريجياً ثم تصنع حقن تحت الجلد فتظهر تفاعلات عامة وحشوية لاخطر منها وتزول بسرعة اذا لم تستعمل مقادير كبيرة .

الطرائق الكيوية : استعمل بعض من المواد الكيماوية بسد ان خابت الطرق السابقة او مشتركة معها لتثيت توازن الصورة الدموية وهي :

• كلورو الكالسيوم : ٢ — ٣ غم بطريق القم او حقناً ورينية (٦ — ١٢ حقنة قوام كل منها ١٠ سم ٥ ستمحلولة في ٥ — ١٠ سم من الماء المقطر) . ويعقن بها ببطء وتصنع واحدة في كل يوم .

تحت كبريتيت الصوده : غرامان في اليوم او ١٠ — ١٥ حقنة عضلية قوام كل منها عشرة سم ٣ من محلول عشري .

تحت كبريتيت المغنيزيا : المقادير نفسها حقناً في العضلات .

ملاح الذهب : مفيدة ولاسيما في السلولين المبهوتين على ان يحتاط في استعمالها.
المعالجة الجراحية : غايتها قطع القوس الانعكاسية الضوية الانبائية ولا تستعمل الا
 في الربو الذي لم ينجح لاحدى هذه العلاجات الآتية الذكر . ويشير كوماك بقطع الودي
 الرقي وليريش باستئصال العقد النجمية (stellaires) .

ولا يشير معظم المؤلفين بهذه العمليات لان قطع الودي يشلّ الفعل الموسع للقصبات
 الذي يضع حداً للنوبة . ولعلّ في قطع الرئوي المدي فوق الراجع فائدة اكبر . غير
 ان جميع هذه العمليات قليلة الفوائد وكثيرة الحية .

الحما : فائدتها كبيرة فهي عدا فعلها الشافي مفيدة لانها تخير المريض على تبديل
 الهواء والبيئة وقد يكون ذلك كافياً لشفائه . فالياه الزرنخية (يوربول) للفتيان المضعفين
 للتفاوي المزاج . والياه المزرنخة المكبرة للاشكال النزلية من الربو والياه المكبرة
 للشيوخ المبهوتين .

٣ — معالجة الاختلاطات : اذا كانت نوبة الربو سليمة فليس الامر كذلك في
 الربو المعرقل الذي يؤثر اخيراً في الرئتين والقلب فترافقه نوب التهاب القصبات الحاد او
 الزمن وتصلب القلب ووهنه فلي الطبيب ان يفكر فيها على الاقل لمعالجتها . فهي تعالج
 بتحمير الصدر والحمية الصارمة ومقويات القلب .



والخلاصة ان معالجة الربو تختصر بمرين : اولاً معالجة النوبة باستعمال القحاح او
 الادرنالين وثانياً بمعالجة السبب التي تحتاج الى عناية ادق وصر طويل سواء امن جهة المريض
 او من جهة الطبيب ايضاً .

٢٠٠ خ .



معالجة القرحة اللينة والتهابات

الادمة المتقيحة بمسحوق السولفاميد

كتب سازاري بحثاً مقتضباً عن نتائج معالجة القرحة اللينة والتهابات الادمة المتقيحة بمسحوق السولفاميد زى فائدة في قلبه قال :

القرحة اللينة : شفى هنشيل بعضاً من القرحات اللينة بإعطاء مرضاء السولفاميد بالغم او حقناً تحت الجلد ، غير ان النجاح الذي صادفه لم يكن ثابتاً (٦ من ١٢ حادثة) . وقد استعمل لايتاي مسحوق السولفاميد ذراً على القرحات اللينة فزال منه نجاحاً باهرأ ، كان يند كل يوم على القرحة بدون تطهيرها من مسحوق السولفاميد ويضع ضماداً خفيفاً فكان يرى ان فعل المسحوق سريع وعجيب . فلا تكاد تمر اربع وعشرون ساعة حتى يقل القيح ، هذا اذا لم ينقطع ، وتنظف القرحة وزول الام ، ثم يبدأ التئدب في اليوم الثاني ويتم الشفاء في اليوم الثالث الى الثامن .

وقد شفى لايتاي من مرضاء الاحد عشر عشرة ولم ينجب الا في معالجة واحد منهم . وكانت قرحة هذا الاخير مخملطة . وقد نال موديل وغرور وسازاري النتائج نفسها . ولا ترجع هذه المبالغة المريض فان مسحوق السولفاميد خير من اليودوفرم ، هذا السلاح الذي كان مستعملاً في معالجة القرحة اللينة ، لانه خال من الرائحة ولانه اعظم فائدة . واما فعله في الدبيلات (bubons) فاخف . فاذا كانت الدبيلة مغلقة يستعمل السولفاميد بحسب مشورة لايتاي بطريق الغم (٣ غم من السابوتيلكس) والقيح المضاد للقرحة اللينة في الوقت نفسه . واذا كان الصديد قد اجتمع فيها تبرؤ . واذا كانت الدبيلة منقبة او متقرحة او منوسرة تالج ككالقرحة نفسها بمسحوق السولفاميد وباخذ بطريق الغم .

وتعالج القرحات اللينة القديمة المتجهة الى الانتشار والتأكل للمعالجة نفسها وبسنحسن

فيها ان تكشط حافاتها وتفتح المجاري الواقعة تحت الجلد فيها وبعبارة اخرى ان تمجّل جميع اقسام القرحة ملامسة لمسحوق السولفاميد .

وقد استعمل لايتاي في التهابات الشرج القرحية قاتل السولفاميد وذبالل عليها هذا المسحوق .

ولم يذكر لايتاي مطلقاً انه سادف في سياق المعالجة الموضعية بالسولفاميد عدم تحمل هذا الصلاح او انسهماً به كما قد يحدث في سياق المعالجة به بطريق الفم . وقد يحدث المسحوق في بعض من الاشخاص حامى خفيفة في الجلد المجاور للقرحة . غير ان هذه الحامى سريعة الزوال . واجتناباً لها يند المسحوق على سطح القرحة فقط او يطلى محيطها بمزيج الكولرغول قبل ذر المسحوق .

التهابات الادمية المتقيحة وغزيرة الجلد : كان غاته وكيلاره اول من استعمل السولفاميد في معالجة التهابات الادمية المتقيحة . غير انها استعماله محلولاً او مرها وكلا الشكاين اقل فائدة من المسحوق نفسه .

واما لايتاي ، بعد ان قال تلك النتائج الحسنة في القرحة البنية ، فقد استعمل مسحوق السولفاميد في التهابات الادمية المتقيحة المتقرحة او النابتة الكبيرة في مراکش : القروح البولية والاكتيا ، والقروح الاكلية الناتجة عن الاشتراك المغزلي التسمجي (sympiose-fuso-spirillaire) والح . . فكانت النتائج حسنة لان القروح كانت تنطف بسرعة وكان يبدو الندب فيها .

وقد استعمل ساذاري الطريقة نفسها في آفة متفجرة في الفخذ نامية على اقبيا وآخذة بالانتشار بين يوم وآخر زهاء ستمترين في اليوم . ولم تكشف في تلك الغزيرة الثنية غير جراثيم عادية مع انها قد امت على ما يقرب من منتصف الفخذ ولم يقف امتدادها وتوقف وتبرعم الا بعد ان ذر عليها مسحوق السولفاميد .

ان هذه الطريقة المسهلة الاستعمال تستحق المقام اللائق عند الاختصاصيين ، بالامراض الجلدية والزهرية ولا سيما في زمن الحروب .

الفواق العنيد

إذا ظهر الفواق عفواً واستعصى بإلحاح بمجمعات حارة درجتها ٣٨ ومدتها ساعتان إلى أربع ساعات أو أكثر ويشفى الفواق بسرعة بعد استعمال هذه الطريقة .

وإذا ظهر الفواق في عقب عملية جراحية يشار باستعمال البلادونا وحده أو مع المورفين

خلاصة البلادونا ٠.٠١ ستيتم

كلورمائية المورفين $\frac{1}{4}$ مليغرام .

لحبة واحدة مثلثها ثلاثون ، ٣ — ٤ حبات في اليوم

وقد أشاروا باستعمال اللومينال (عشرة ستيغرامات صباحاً ومساءً في محلول من يودود

البوتاس نسبته ٥ / ٠ . عشر قطرات ٣ مرات في اليوم في ملقعة كبيرة من الماء) .

ومنهم من يستعمل الأتروين حقناً تحت الجلد .

ويستطاع التأثير في عصب الحجاب بضغطه عند قاعدة النقي بين شعقي القصبة

الترقوية الحشائية . ويضغط فأنسن الجند النقي الخامس الأيسر بين الأخصتين على الضلع

الأولى فإذا شك المريض المأ في الإبهام الأيسر يكون الجند قد ضغط .

ويشير دوشان بكهربية عصب الحجاب : بوضع القطب الإيجابي على المجرى النقي

للصعب والقطب السليبي عند قاعدة الجندع .

الاضطرابات التي قد تنجم عن التمرين

العضلي وإمراضها

إن التيب الذي تشمر به العضلة بعد العمل شيء طبيعي اقرب الى اللذة منه الى الاتزعاج غير أن عمل العضلة متى تمدى بعض الحدود اجتازت عواقبه نطاق الحالة الفيزية ودخلت دائرة المرض، والحد الفاصل بين هاتين الحالتين لم يبين حتى الآن تمام التبين .

ويبدو بمحتنا في هذه المجالة على الاضطرابات الرضية التي تنجم عن عمل العضلة العنيف وتشتمل هذه الاضطرابات على التشوشات الطارئة على العضلة التي قامت بهذا العمل ، وعلى الاختلالات التي يحدثها تيب العضلة في جهازي التنفس والدوران حتى في بعض وظائف الاعضاء الاخرى ، واخيراً على التبدلات التي تنشأ عن آليات مضرة خاصة قد يكون التمرن العضلي سببها .

متى قامت عضلة بعمل متعب نشأت من عملها اضطرابات قد عرفت حق المعرفة ناجمة كما يظهر عن قل الاتقاض التي يتركها نشاط العضلة وليس عن تقاد ما تدخره العضلة من الاحتياطات لان التيب يبدو قبل ان ينفذ ذلك الاحتياط المدخر . ونذكر من هذه الاتقاض حامض اللبن غير انه لا ينبغي الا متى كان الاكسجين الذي تمتصه الرئتان قليلاً فلم يستطع تخريبه ، اما « مواد التيب » الاخرى فلم تبين حتى الان ماهيتها وهي ما يحدث الاضطرابات الحسية والحركية التي مستكلم عنها بعدئذ .

يظهر في العضلة التي تقوم بعمل متعب ألم موضعي ونقص في القوة . ويسهل في الممارسة درس الارتباط الوثيق بين الحادثة الحسية والحادثة الحركية اي بين الألم والتيب متى سئل رجل تحريك اصبعه حركات منتظمة بضع دقائق ودرست صفات هذه الحركات بمسجلة او متى سئل الشخص اجراء حركات تقوم بها زمرة من الضلات ، اما صفات هذا الألم

فلا حاجة الى الاسهاب فيها لانه مامن شخص الا وادركها بنفسه بعد قيامه بعمل متعب فهو ألم متفاوت الشدة منذ الألم الخفيف السريع الزوال حتى الدعث (courbature) الشاق الذي يلزم العضلة عدة ايام ويبدو بعد اتمام العمل العضلي وليس في سياقه .
وقد يحدث بعض من الآلام المرتبطة بالثب بامل شبيه بما يحدث في العرج المتقطع: اي بمجرد العضلة عن توزيع الدم فيها توزيعاً مناسباً للعمل المطلوب منها .

ولمحنة التظاهرات الالية المذكورة آتفاً دور غريزي مفيد لانها تنبه الشخص الذي يشعر بها الى تعديل تمرينه والا فاضت الثابرة عليه الى اضطرابات شديدة وهي ما سنتكلم عنه .
فاذا كان ضرر التمرين عفيفاً احدث المأخاضاً خاصاً فجائياً شديداً الحدة مجبراً التمرن على الامتناع في الحال عن كل حركة هذا ما يشعر به الراكضون وما تسميه العامة « ضربة السوط » وهو شبيه بما يصيب خيل السباق في سياق عدوها . ولا يزال امراض هذه التظاهرات الالية قيد البحث غير انهم يمزونه الى انفجار اوعية او اقطاع عضلات او انقلاع اوتار .
وقد اثبتت المعينات السريرية في الرماضين وخيل السباق هذه الآفات المذكورة آتفاً .
وقد تقتصر الآفة في الاوتار والعضلات على ارتشاح وذمي زفي وصفه يكتسيه ودعاء التهاب العضلة السمي . وليس غريباً ان ينشأ بعض من انواع الدعث الذي يشعر به الشخص في الايام التي تقب التمرنات النيفة، من تبدلات في التسج شبيهة بما ذكرنا . والبرهان على صحة هذا الامراض (pathogénie) نحسن هذه المواضع بالتمريخ الكهربائي الذي ينشط الدوران الوضي ويساعد البدن على طرح المواد المخرشة .



وعدا ازعاج الحركات الذي تحدته التظاهرات الالية قد يفضي عمل العضلة الضيف الى شلها فتمتنع عن تلبية ماتأمرها به الادارة هذا ما يطرأ على الطريقة متى طاردها الصياد طولياً فان النزلة متى طال ركضها محجزت اطرافها عن القيام بوظائفها يد ان عضلات عتقا وجنعا التي لم ينهكها الثب تظل قادرة على القيام بالعمل ساعات عديدة . ولا يصل الثب في الانسان الى هذه الدرجة لانه يقف متى بدت فيه التظاهرات الالية المرتبطة بشدة الثب قبل ان يبلغ درجة الشلل . والدليل على ذلك ان الشخص بعد ان ينهكها الثب وهقف ويظن نفسه عاجزاً عن الاتيان باي حركة يتمكن من القيام بعمل عضلي إضافي اذا

ما دعاه انفعال شديد الى اتيان ذلك العمل .

وقد تظهر مع ذلك في بعض من الراتسين فلولج عضلية خطيرة فجائية لا يزال إمراضها غامضاً فقد يحدث ان عضلات العضد تنشل بعد ان يتسلسل الشخص بسرعة حبلاً املس طويلاً واذا لم تكن نتيجة هذا النشل الفجائي السقوط فالملوت كانت النتيجة انه يتزلق بطء على الجبل حتى الارض .

ومن الامور التي لا يصح السكوت عنها في عقب التمرن الضلي المتنب ان الشخص يشعر في سياق تمرنه ان حركاته قد اخلت انتظامها وان موازتها قد اضطربت . واسباب هذا الاختلال كثيرة وبرزها ان العضلات البقية القائمة بالحركة تبيض عنها بعد ان تنقب عضلات اقل منها لباقة .

واضطرابات الدوران والتنفس التي ترافق كل عمل عضلي تخرج عن نطاق الاضطراب العادي البسيط وتصبح مرضية متى لم يناسب هذا العمل استعدادات الشخص القائم بالعمل . وتختلف هذه الاضطرابات بحسب الاشخاص واكبرها شأناً اضطرابات الدوران .

١ — ليست الزلة (dyspnée) البدئية التي يشعر بها الشخص في الدقائق الاولى من الركض زلة مرضية فهي تنشأ من تبه مركز التنفس تنبهاً حاداً بالحمض الكربوني الكبير الذي ينشأ من فعل حامض اللبن بمدخر الدم القلوي المؤلف من الفحات كما لا يخفى ثم يسير في الدم حتى البصلة فينبها . ويأتي في عقب هذه الزلة البدئية تنفس طويل سهل يسمى « نفضة الرا كضين الثانية » مناسب لحالة توازن ثابت بين مقدار الاكسجين الذي تمخض الرئتان والحاجة الى الاكسجين الذي يولده التمرن اي مقدار ما يحتاج اليه البدن من هذا الغاز في حرق الاحماض المتجمعة في العضلات والناجمة عن العمل الذي تقوم به حرقاً تدريجياً يقي الجسد الانسجام اذا ما انتظم ويعرض له اذا اخلت . غير ان هذه الحالة الثابتة لا يطول امرها اذا استمر التمرن . ومتى بطلت بدا ضيق نفس متصف بتنفس سطحي وسريع . ومتى ظهرت هذه العارضة كانت دليلاً على ان وهناً غريزياً سيبدو بعد قليل . فاذا ما وقف الشخص مضطرباً بما وصلت اليه حالته وعدّ نبضه كان من ١٦٠ — ٢٠٠ في الدقيقة وكان توتره الشرياني عالياً غير ان عودة التنفس والدوران الى السكون والراحة

لا يطول امرها اذا لم يكن الجهد قد بلغ مبلغه منه واوصله الى حالة اضطراب دوراني خطر .

٢ — يصنع الراكض اقصى جهده في الامتار الاربائة الى التمامة الاولى ويجبس جزءاً من نفسه ، ولهذا الامر شأنه ، فيقلص عضلات صدره ويطنه ليصلب جذع ومجمل منه نقطة استناد متينة لحركات اطرافه ويصل الى الهدف وعينه تافتران الى الشريط الابيض ووجهه متقبض وعلامات الاختلال الحركي بلدية عليه ولا يكاد يبلغ الهدف حتى يقع في حالة غشي مزرق الوجه فاذا ما اسف بالدلك الضيف عاد اليه رشده وتقل الى غرفة فقاء وتلم ثم افاق واظهر رغبته في الاشتراك بسباق جديد .

فاذا حدث ؟ انه وهو يدو حابساً نفسه افقر الى كمية كبيرة من الاكسيجين الذي يتطلبه جهده فلم يحصل عليه واجتمعت من جهة ثانية في قلبه ومرا كره الصبية اقتاض لم تحترق فسمتها وكان منها النشي الذي اعتراه غير ان الراحة مكنت الجسد من الحصول على الاكسيجين الضروري فناد الاثران الى القلب والمرا كره الصبية . ولماذا لم يطراً النشي الا في نهاية الشوط وبلوغ الهدف ؟ يبدل لوري وبوغرت هذا الامر بقولها : ان توسع الاوعية الشديدة في العضلات وهي تقوم بعملها الضيف يقابله اقباض الاوعية في احشاء البطن فيتوازن العاملان ولا يهبط الضغط الشرياني غير ان التنبه الصبي القابض لاوعية الاحشاء الذي يرافق الجهد يزول بعد بلوغ الناية فتوسع ويهجم الدم اليها قبل ان تصل من الطرفين السفليين التسعة اوعيتها كمية كافية لتفيض عن الدم للتدفع نحو الاحشاء فطراً حالة النشي اللوثة . وهذه المارضة على الرغم من مظهرها الرابع لا تدل على ضعف القلب بل تستدعي مراقبته المقبلة مدة من الزمن .

٣ — وقد يحدث ان الرسول الذي يقطع مسافات شاسعة مسرعاً يقع مصعوقاً حين بلوغ المكان الذي يقصد اليه كما حدث لجندي ماراتون الذي بلغ اثينة بعد قطه اربعين كيلومتراً ناقلاً بشرى الظفر ومات فور وصوله .

وقد ظن ان الموت نجم في هذه الحالة عن توسع القلب الحاد غير ان هذه الفرضية لم تثبت كما استدل من فتح جثث الذين قضاوا في عقب جهود كهذه .

٤ — ويحدث أيضاً ان الراكض يشتر بالهات متواصل متزايد فيزرق وجهه ولا سباً

وجناته وشفتاه فيقف وترنح كالتمل وما هي الا «سكره التعب» ثم يسقط الى الحضيض مغيباً عليه ويسرع نبضه ويهبط توتره الشرياني واذا عور قلبه بالاشعة تبين انه كبير . ولا يستعيد شخص كهذا حالته الطبيعية الا ببطء شديد ومراقبة قلبه عن كثب واجبة وقوته امر ضروري .

٥ — وتنشأ من التمرين اضطرابات وظيفية اخرى في القلب والوتين (aorte) غير انها لا تدل على ان فيهما آفات تذكر . فقد يشعر المريض بألم امام القلب ولا سيما متى كان مبتدئاً وبالثبات شديد واسراع قلب حتى يثبوش النظم بدون ان تكون نسبة بين العمل وهذه الاضطرابات ولا تكشف الفحوص السريرة المقلبة والمعاينة الشعاعية ومخطط القلب الكهربائي اخف آفة فيه . ولا تمنع هذه الاضطرابات عادة الرياضة الجسدية بل تستدعي اعتدالها ومراقبتها لتناسب حالة المريض

٦ — ان الاضطرابات الآفة الذكر وظيفية صرفة بدون آفات او تبدلات ثابتة تذكر غير ان منها ما ترافقه آفات عضوية سرعته كما يحدث للناشرين على الرياضة فان قلوبهم لا تضخم فقط بل تسترخي استرخاء دائماً كما تثبت المعاينة الشعاعية التي تبين ان تلك القلوب لا تستعيد حجمها بالراحة . ويتبدل مخطط القلب الكهربائي في هؤلاء بدلاً مرضياً وعلو ضغطهم الشرياني . والاذنار يحتفظ به . وترك الالعب الرياضية واجب . غير ان عاملاً آخر يعمل عادة في هذه القلوب وليست الرياضة وحدها فان المراهقين الذين تسترخي قلوبهم يكونون في الوقت نفسه من مدمني الخمر او ممن اصابوا بامراض عفنة او انسبامات مزمنة فتقوم الرياضة فيهم بدور كشف النقاب عن آفاتهم الكامنة ليس غير .

وتنشأ من التمرات متى لم تكن متسقة ومنظمة اضطرابات اخرى نذكر منها : البعث الحمي الذي يشاهد كثيراً في الجنود المرضى للاصاب الشاقة وقد تكون عفوة في انبوب الهضم سببه .

ونذكر ايضاً اتساع اللسان وقلة الاشتها والاقماء والاسهالات واضطرابات عصبية : الاروق والنه ، والحرقاة ، والخطأ في تمييز الاقوال واختلال التوازن .

ويستعيد الشخص بالراحة حالته الطبيعية فتزول هذه الاضطرابات واما اذا نابر التهك
على عمله الشاق فيهزل ويضعف ويستولي عليه الخور (neurasthénie)
وهذا ما يحدث لبعض من الاولاد الذين يكثر من المرح فانهم يصبحون مضطربين
عصبي المزاج فاذا ما اتبه آباؤهم الى حالتهم واجبروهم على الراحة بضعة ايام تبددت
هذه الاضطرابات .

والتهكون كالسمين ابوالهم ودمائهم شديدة السمية فاذا حقن بها حيوان استولى
عليه تعب شديد

٢٠٠ خ .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول السنة ١٩٣٩ م الموافق لشوال السنة ١٣٥٦ هـ

كسور المرفق في الولد

نشر الاستاذ سوريل وبره مقالاً مائماً عن كسور المرفق في الولد زرى في نقل ابرز ما جاء فيه فائدة للقراء الكرام قال :

ان كسور المرفق في الولد كثيرة الحدوث حتى انه ما من طبيب ممارس الا ويرى منها عدة حادثات في السنة الواحدة . واتنا نضرب صفحاً عن كسور اللقمة الانسية وكسور ما فوق اللقمة والكسور بشكل T او Y او الكنور بين اللقمتين لندتها ، ولا تسكلم الا عن ثلاثة انواع فقط كثيرة المصادفة في الممارسة :

الكسور فوق اللقمتين المترضة

كسور اللقمة الوحشية

كسور فوق البكرة .

وعلامات هذه الكسور معروفة تذكرها المؤلفات فلا فائدة في اعاتها ، غير ان بضاً من اختلاطاتها ولا سيما الفلوج الصبية والانطورات المفصلة لم يدرس حق الدرس مع انه ذو شأن كبير في الممارسة . وقد عرف ايضاً منذ القديم طرز رد هذه الكسور وضبطها متى كانت اشكالها بسيطة . غير ان الاشكال الشديدة التبدل التي لا ترد بالوسائط العادية وقد تستلزم التوسطات الجراحية ولا سيما الجرّ بسلك كيرشنر عبر الثاني المرفقي ، لم تدرس حق الدرس .

فهذه النقاط التي لا تزال غامضة بعض النموذج حرية على ما نرى بالدرس والتحصيل

١ — الكسور فوق اللقمتين المترضة

كثيرة الحدوث في الاولاد ما دون الخامسة عشرة ومعادلة لـ ٨٢,٨ ٪ من مجموع كسور المرفق .

التشريح المرضي والآلية : ان الكسور فوق اللقمتين نموذجان : نموذج عادي وهو الكسور تبسيطاً ونموذج نادر وهو الكسور عطفاً .

تحدث الكسور تبسيطاً في عقب سقوط على راحة اليد، والمرفق منقطع، فيأتي الثاني المتقادي ويصلطم بكثرة الضد مقوماً انحناء النقا (humérus) ذا الثمر الامامي الذي تنكسر قطته الضعيفة .

ويخط الكسر معترض مع انحراف الى الاسفل والامام ويكاد يتبع خط غضروف الاتصال . وتبدل القطعة السفلى الى العالي والوراء وأكثر ما تتدفع الى الانسي وقد يدور سطحها المكسور حول محور معترض . غير ان هذين التبدلين الاخيرين (التبدل المعترض والانتقال) شأناً ثانوياً يد ان التبدل الاول (صعود القطعة السفلى الى وراء القطعة العليا) ذو شأن كبير لان عاقبتهموخمة اذا لم يصلح بروز رأس القطعة العليا في الامام . وقد تأتي قطعة جسم العظم متى كان التبدل كبيراً وترفع الصب الكمبري او الصب المتوسط او الشريان المضدي ضاغطة ايها . غير ان هذه الموارض نادرة ولا تمتد الى ٢ ٪ لان الصينين تصونها العضة المضدية الامامية الكثيفة فضلاً عن انها يستطيعان الافلات من الضغط والوخز والقطع

والكسور عطفاً اندد من الكسور السابقة وتتلو صدمة مقصودة اصابت وجه المرفق الحظي، والساعد منقطع . فاذا نظر الى النقا من الامام بدا خط الكسر معترضاً كما في الكسور السابقة واما اذا نظر اليه جانبياً فيبدو الخط منحرفاً الى الاسفل والوراء . وتبدل القطعة السفلى او قطعة المشاة دائماً الى العالي غير انها تمر في هذه المرة الى امام القطعة العليا جادة منها الصب الزندي الذي يحمله ويرفض رأس القطعة العليا فالاختلاط الخطر في هذا الشكل من الكسور هو التثلل الزندي الذي يصادف في ما يقرب من ثلث الحوادث فلي اجراح ان يكرر في هذا التثلل متى رأى كسراً من هذا النوع مفتشاً عن علاماته .

والخلاصة ان اقطاعات الاعصاب والاعوية ممكنة الحدوث في كل كسر فليفتش عنها وليخشَ شرها . غير ان هذه الانضغاطات تختلف بحسب شكل الكسر ففي الكسور بسطاً قد يصاب العصبان الاماميان الكبيري والمتوسط والشرين الضندي وفي الكسور عطفاً يتعرض العصب الزندي بشدة للانضغاط او الاهطاع لانه ثابت في الميزابة فوق البكرة الرضفية حيث هو عارٍ ومستند الى العظم

والنتائج التي يرجى الحصول عليها من معالجة هذه الفلوج تاجية قبل كل شيء للتبكير في تشخيصها . ولعلم ان الشلل لا يشخص في معظم الاوقات متى كان الكسر حديثاً والطرف متودماً وعاجزاً الا اذا قُتس بعثته عن علاماته . فقد يهمل اولاً ولا يعرف الا بعد اندمال الكسر وترع جهاز الجبس اذ يجز الولد عن استخدام يده ، فيقال ان الشلل ثانوي وناجم عن انطمار العصب بالشد مع ان هذا النوع من الشلل نادر والحقيقة هي ان الشلل كان بدئياً لانه اكثر حدوثاً من ذاك ، فلا غيب اذا ما استوقفتنا هنيهة علامات الشلل في هذه الكسور .

العلامات : ان الشاهد السريري في الكسور فوق القمطين بالبسط ، واضح تمام الوضوح في الغالب ، بيد انه في الكسور عطفاً اقل وضوحاً . ومهما يكن نموذج الكسر فان الرسمين الشعاعيين الامامي والجانبى فقط يوضحان ايضاحاً دقيقاً اتجاه الخط وشأن القطعة السفلى وطرز تبدلها . وليس هذا كل ما يجب على الجراح اجراؤه واذا اكتفى بعرض مريضه لا يخطر الموارض بل عليه ان يتحقق خلو الكسر من الاختلاطات الصبية والوعائية ايضاً . ولا يستطيع هذا بدون العناية السريية التي لا يسهل اجراؤها على عضو مؤلم متورم عاجز .

وبعد ان يعرف شكل الكسر يسهل التفتيش عن العلامات الاخرى فقد رأينا انه يجب التفتيش في الكسور انطافاً عن سلامة الزندي وان التفتيش في الكسور انبساطاً واجب عن آفات الصين الكبيري والمتوسط والشرين الضندي . وآفات العصب الزندي هي الآفات التي يهمل امرها في الغالب ويستلزم كشفها التفتيش عن جميع العلامات النامة على آفة هذا العصب . وهذه العلامات ثلاثة انواع : حركة وحسبواغذائية . وسنأتي باختصار على ذكرها .

فالعلامات الحركية هي اكثر العلامات وضوحاً فان بسط سلامتي الخنصر والبصر الاخيرتين متعدي (شلل العضلات الحراطينية) واجاد الاصابع الاربع الاخيرة ولا سيما الخنصر والبصر وتحريرها متعدي ايضاً (شلل العضلات بين العظام) ولا يشعر في المفاصل الاولى بين المشطين بتقلص مقربة الابهام ، ولا يستطيع الخنصر مضادة الابهام ، (فضلات ضرة اليد « hypothénar » مشلولة) غير ان صعوبات المعالجة كبيرة كما رأينا . ولا تستطاع الاستفادة البتة من علامة الورقة والمطرقة التي لفت فرومن ولافي فانسي الانتظار اليها .

واما العلامات الحسية فاسهل تحريراً على ان يكون الولد كبيراً ومطيعاً وان يجيب بالضبط عن الاسئلة التي تطرح عليه . فتمى اصيب الزندي بطل حس الألم والحراة بطلاناً تاماً في الخنصر وبطلاناً ناقصاً في الوسطى (الوجه الحليلي فقط) وامتد بطلان الحس هذا على حافة اليد الانسية جميعها ونتيجة الضرة غير ان الشذوذ كثير الحدوث . وينظر في جميع الحالات الى حافة اليد والخنصر الانسية .

وقد تستلفت اضطرابات الاعتداء بشدها الانتظار : وذمة اليد وازرقاقها وبرودتها . غير انها في الغالب طفيفة وتقتصر على هبوط الحراة الخفيف في الناحية التي يصيبها الزندي وعلى بعض جفاف في الجلد سببه فضوب العرق . ويسهل تحري هذه العلامات بوضع الاصابع على ناحية ضرة اليد ونقلها الى الانحاء الاخرى من اليد نفسها . ويدرس الصبان الكبير والمتوسط في الكسور انبساطاً .

وعلامات الشلل الكبير اسهل ايضاحاً من علامات الشلل الزندي : فاليد هابطة والسلاميات الاولى للاصابع لا تنبسط والابهام لا يتمد ، واضطرابات الحس موضعية في النصف الوحشي من ظهر اليد والاصابع ولا سيما في وجه الابهام الوحشي . وتظهر في الناحية التي يصيبها الكبير اضطرابات اعتدائية ولا سيما جفاف الجلد .

واما علامات شلل المتوسط فقل ان تكون وحدها لان هذا الصب لا ينفط وحده عادة بل تنضغط معه الحزمة الوعائية التي رافقه . فاليد تتوذم وتبرد وتررق وتحمى نبضات النبض والعلامات الوعائية تبرز في الشهد السريري وتنفوق ، ويختلف الشهد كل الاختلاف عما لو كان الصب وحده مضطرباً .

المعالجة : تختلف المعالجة بحسب نوع الكسر :
 في الكسور غير التبدلة او الخفيفة التبدل والسهلة الرد .
 في الكسور الكبيرة التبدل .
 في الكسور الكبيرة التبدل والمعلقة بآفات عصبية او وعائية .

فالمعالجة في الكسور الاولى بسيطة :

ميزابة جبسية مفتوحة في الامام تصل حتى الابط في المالي وتضم الساعد في الاسفل مثبتة ايام في حالة الاستلقاء بمساعدة رباط صنير مارتين الابهام والسبابة وثابت على تثبيت المرفق اربعين يوماً في هذا الجهاز ولو كان الكسور ولداً . وبعد زرع تصنع حمامات حارة ويحرك الطرف تحريكاً لطيفاً ورشيداً في الايام الاولى لحركات اوسع بدئاً . واما التمرغ الذي يسهل تكون الاورام العظمية والتحريك النيف الذي يؤلم ويحدث التققع الضلي فضررها اكثر من نفعها .

والمعالجة في الكسور الكبيرة التبدل اصعب . بهرب رد الكسر اولاً باليد والولد مخد مخدراً عاماً . وطريقة الرد درسية يضجع الولد على ظهره ويرفع مرفقه عموداً ويحجز معاون الساعد جراً شديداً ويقوم الجراح بمضادة التمديد بوضع راحة يده على وجه الساعد الامامي ورد الكسر باهميه دافساً الثاني المرفق الى الامام وقطعة النقا المشاشية معه ومزلقاً هذه القطعة تحت قطعة النقا العليا ومصلحاً في الوقت نفسه التبدل المتعرض .

والنجاح محقق في كثير من الحوادث حتى متى كان التبدل شديداً . وبعد رد الكسر يثبت الطرف في جهاز جبسي كما في الكسر السابق فيجعل الساعد مستقيماً . واذا كانت قطعة المشاشية متبدلة بشدة الى الوحشي وكان ردها ولاسيما ضبطها صعباً يفضل جعل الساعد في حالة الكب فان توتر العضلات يحول حيثئذ دون تزلزل القطعة .

واذا لم يستطع رد التبدل فما العمل ؟ لقد ذكر منذ مدة بعيدة ان النتيجة قد تكون حسنة ولو كان الرد ناقصاً . فان المسند الامامي المؤلف من النهاية السفلى للقطعة العليا الذي يحدد عطف الساعد يلوكلما نما الولد حتى ان العطف يصبح تاماً . هذا اذا لم يكن التبدل الامامي الحظفي الذي لم يرد كثيراً ولم يكن التبدل الجانبي شديداً والا ظلت

حركات المرفق محدودة . وفي حالة كهذه يجب ان يجرب الرد بالوسائط الاخرى واكثرها شيوعاً الرد الجراحي والجرب بسلك كيرشنر

اما الرد الجراحي فلا يخلو من المحاذير : فليعلم ان الرد صعب جداً اياً كان الطريق المتبع (الوحشي او الحظي الوحشي او عبر الناقى المرفقي) الذي يستلزمه شكل التبدل وان الرد اذا تم فخطب الكسر لا يخلو من الصعوبة . فان المسار والمخاطب لا يضبط قطعتي الكسر جيداً واما الصفيحة فصعبة الوضع اضف الى ذلك ان الاحسام المعدنية عدا المحاذير التي قد تحدثها في بؤرة الكسر قد تؤذي غضروف الاتصال فتتجمعه عنه بعدئذ تشوهات ذات شأن في المرفق . فالابتعاد عن الرد الجراحي مفضل كلما كان الامر ممكناً .

وبغض الجرب بسلك كيرشنر في الغالب الى الرد الحسن ولكن حذار من قطع العصب الزندي او وخزه في مرفق متوخم متبجح . يدخل سلك في الناقى المرفقي ويوتر في الركاب وعلق الثقل به او يجرب الرد مباشرة .

اما الرد مباشرة فيجرب باليد التي تستفيد من الركاب الموتر للسلك . غير ان الجرب البطيء في عدة ايام اكثر استمالاً : فبعد ان ينقل المريض الى فراشه ويوضع اطراف التطبيق حول سريره يطلق الثقل بالركاب كما يطلق في كسور الفخذ والساق ويزاد هذا الثقل تدريجياً من ٢ - ٤ - ٦ كيلو غرامات او اكثر اذا اقتضى الامر حتى رد الكسر التام . وبعد ان يرد الكسر يوضع جهاز جبسي كما في السابق بدون نزع السلك الممدي او تبديل وضع الضد والساعد . ولا يلجأ الى الرد الجراحي الا متى خابت هذه الوسائط او لم يستطع اجراؤها لسبب ما .

واذا اشترك الكسر بالعضلات وعائي او عصبي او بالانضغاطين مما يجب مهما كلف الامر ازالة هذا الضغط ومختلف الحطة انسيبة بحسب نموذج الضغط

فاذا كان شلل زندي فقط هذا الشلل الذي يصادف كما ذكرنا في الكسور انطافاً يجرب الرد بالوسائط الخارجية وحدها او بسلك كيرشنر عبر الناقى المرفقي فاذا رد الكسر رداً حسناً ينتظر بض الوقت املاً بان الرد يزيل الضغط عن العصب وان وظائف العصب تعود . فاذا كان هذا محسن الشلل بسرعة لان الضغط كان قصير المدة ولكن اذا

مرت عشرة ايام الى خمسة عشر يوماً ولم يبدُ التحسن خيف من انقطاع العصب او دخوله خلال قطعي الكسر او انقراض شظية فيه ووجب التوسط بسرعة . وتحرر العصب حسن النتيجة في كل حال والشفاء تام بعده غير انه قد يكون بطيئاً فلا يقع الا بعد ٨ - ٨ أشهر .

واذا كان العصب الكبير وحده مشلولاً لا تختلف الحطة غير ان الشق وحده يختلف واذا شلَّ العصب المتوسط كان الشريان الضدي منضطاً في الوقت نفسه واهمى النض وورد الطرف وازرق ، وتوذم الساعد واليد وعجز الطرف عجزاً تاماً وبدت مجموعة من العلامات المزعجة المهددة بتناذر فولكمن المقبل فدعت الجراح الى التوسط بلا اقل تأخير .

وقد ترول هذه الاعراض المزعجة جميعها برد قطعي الكسر بعد ادخال سلك كبير شرن غير ان الحالة تقضي بسرعة التوسط . فبد ان يصنع شق امامي موصل الى يؤرة الكسر برد التبدل ويحرر العصب والاوعية المضغوطة فتزول الواراض المزعجة ويتقي المريض تناذر فولكمن الذي كان يهدده .

٢ — كسور اللقمة الوحشية

ان كسور اللقمة الوحشية اقل من الكسور فوق اللقمتين غير انها كثيرة الحدوث في الاولاد ما دون الخامسة عشرة .

الآلية والتشريح المرضي : يقع الولد على يده وعضده ممدودة وقليلة الانسطاق فيزداد فحج المرفق الطبيعي وتقبل اللقمة الوحشية الصدمة سواء اجاء رأس الكبيرة فصدما او ان القترعة السنية دخلت البكرة كالسفين وقلتها .

وبعد ان تنقلع اللقمة الوحشية قد لا تتبدل بدلاً كبيراً غير ان المضلات القوية التي ترتكز بوتر مشترك على ما فوق اللقمة تنقلها فتدور حول محور معترض وتصبح النهاية العليا للقطعة سفلى او انها تدور حول محور عمود فينظر الوجه الانسي المنكسر الى الوحشي او تدور حول محور منحرف، وهذا اكثر حدوثاً، فينظر سطح الكسر الى العالي والوحشي . وهذه التبدلات بدوران اللقمة قد تبلغ ١٨٠ درجة حتى انها قد تمدداها . وتثبتها في المكان الذي بلغتته عضلات قوية فاذا اريد ردها كان علينا ان نعيد القطعة المنكسرة في طريق

معاكس للطريق الذي سلكته . والرد بالوسائط الخارجية متعذر والتوسط وحده يلائنا هذه الامنية . وهذه التبدلات بدوران اللقمة على نفسها هي العلامة اليانية لهذه الكسور وهي في الوقت نفسه ذات الشأن فيها . ولا تحدث هذه الكسور عادة اختلاطات عصبية غير انها تحدث آجلاً شللاً زندياً وهذا هو العلامة اليانية الثانية التي تمتاز بها هذه الكسور . وقد بين بروكا وموشه آلية هذا الشلل .

ان الآفات التي تصيب القسم الوحشي من غضروف الاتصال تمنع نمو اللقمة الوحشية يد ان باقي النقا ينمو نمواً طبيعياً فينتجم عن هذا زند انفجح له شأنه في نهاية النمو حتى ان العصب الزندي يتمطط في الميزابة الرقيقة الانسية ويشل . والشيء الغريب ان هذا الشلل لا يظهر دائماً في نهاية النمو بل بمرور عدة سنوات في عقب رضوض طفيفة او حركات عطف وبسط خفيفة تستلزمها بعض المهن . ويكي لزوال هذه الموارض ان يقصر طول المجرى الذي يمر فيه العصب بلاراده امام السطح العظمي او باصلاح الزند الانفجح بلضات العظم (ostéotomie)

وعلامات كسور اللقمة الوحشية اقل وضوحاً من علامات الكسور فوق اللقمتين . فالجزء نسي واذا استعمل القطع استطيع الحصول على بسط الضد وعطفه التامين . والتورم شديد غير انه محدود في الوجه الوحشي من المرفق . والكدمة مبكرة عادة ومنسمة غير انها تستقر في المكان نفسه . ويوقف الجس المأ في ناحية اللقمة الوحشية . وليس نادراً ان نجس الاصابع تلك القطعة العظمية المنفصلة المتحركة وتشعر بالفرقة العظمية .

والتشخيص سهل مع ذلك قبل الرسم الشعاعي الذي يستطاع به وحده تعيين مقر خط الكسر وحجم القطعة ودرجة تبدلها واتجاهها . ولعلم مع ذلك ان حجم القطعة ، اذا كان المصاب ولداً وهذا هو الامر المادي ، يظهر اصفر من حجمها الحقيقي لان اللقمة الوحشية لا تكون مؤلفة في هذه السن الا من نواة عظمية صغيرة منطمرة في كتلة كبيرة غضروفية فلا يبدو في الرسم الشعاعي غير هذه النواة الصغيرة فيجب الجراح حتى متى اعتاد مثل هذه الجراحة من حجم هذه القطعة العظمية الضروفية الكبير التي كان يظنها اصفر كما يرى .

ويعتقد المبالغة بحسب موضع القطعة فاذا كانت قليلة التبدل ثبت الطرف ثلاثة اسابيع

الى شهر في جهاز جبسي صغير . واذا كانت قد اقبلت على نفسها وجب ردها ولا يستطيع ذلك الا بالتوسط الجراحي فيشق عليها مباشرة وليكن الشق طويلاً ليستطاع ردها بسهولة . وحذار من فك العضلات المرتكزة عليها او من ردها وهي منقبة او قلبها في اتجاه ما كس . ومتى اصليح تبدل القطعة سهل ردها في الغالب وانطبق سطحها اتم الانطباق على السطح المسلوخة عنه، ووضع بضع غرز على الاقسام الرخوة كاف لضغطها . واما اذا لوحظ ان القطعة تنزلق على الرغم من هذا التثبيت فتسمر او تنحرف . وللمحرف هذه الحسنة هي ان نزعها مستطاع بعد بضعة ايام . فبعد هذا الرد وخياطة الجرح يوضع جهاز جبسي والولد مخدود ويخرج المحرف من خلاله ثم ينزع هذا المحرف بعد ٥ - ٦ ايام بدون اقل تحجير لان نزعها غير مؤلم ويملا الفراغ الذي نجم عن نزعها برقادة مجبسة وملق يربط جبسي ويترك المرفق منتبهاً ٤٠ يوماً . ولعل ان المحرف كالمسند يحترق بغضروف الاتصال فاذا ما ترك طويلاً تعرض هذا الغضروف الحصب للاذية فيجبر عن القيام بوظيفته القبلية فكان الزند الافحج الذي تكلمنا عنه .

٣ - كسور فوق البكرة

هي كسور نادرة في السهل واشتراكها بخلع المرفق كثير الحدوث في الاولاد، ودرسها مفيد جداً للاختلاطين الممكني الوقوع فيها : دخول فوق البكرة في الفاصل المفصلي وشلل الصب الزندي .

الالية والتشريح المرضي : اذا سقط الشخص على يده وبعد ساعده في اثناء السقوط وكانت ذراعه ممدودة يمتطط الرباط الجانبي الانسي وقد ينقطع غير انه يقطع في الغالب فوق البكرة . وليست قطعة العظم المتقلبة كبيرة ابدأ ، وبعد ان ينقطع العظم تجذب العضلات فوق البكرة الى الانسي والاسفل غير انه لا يبتعد كثيراً ولا يتقلب كالقمة الوحشية . وعلى الرغم من خفة التبدل فان الصب الزندي قد يشل لانه منطبق تمام الانطباق على وجه فوق البكرة الحظفي ولان شوكة عظمية قد ترصه وتقبه وهذه العارضة نادرة .

واحتال ثالث ممكن الحدوث فبعد ان تنقطع قطعة فوق البكرة يفرج المفصل بشدة كالسابق ثم يمر الثاني المتقاري تحت البكرة ويخلع الزند الى الوداء والوحشي وتأتي فوق البكرة المنكسرة تحت شفة البكرة السفلى فاذا ما رد الخلع بدون ان تدفع القطعة

العظمية الى وراء المفصل اقرصت هذه القطعة في المفصل ، وكان مقرها ومقر الصب الزندي كما في الحالة السابقة .

فاندماج فوق القمة يحدث في حالتين : بعد اقتراج المفصل الموق او في عقب رد الحلق الحظفي الوحشي السيء . وفي كلتا الحالتين يقرص الصب الزندي في المفصل ويجوز ان يوتر ايضاً على قطعة فوق البكرة للكسرة او يشق بشوكة صغيرة منفصلة من حاتها .

فاندماج فوق البكرة في المفصل وشلل الصب الزندي هما الاختلاطان اللذان يجتمعان في الغالب ويجعلان كسور فوق القمة خطيرة

الاعراض : متى اقلعت فوق البكرة اهتلافاً بسيطاً ولم تندمج في المفصل ولم يصب الصب الزندي تقتصر العلامات على ورم دموي جسيم موضع وعلى تحرك القطعة العظمية المتقلبة وألم حين اجراء هذا التحريك . وتكون حركتنا المطف والبسط الفاعلتان محدودتين لان الولد يتألم ولكن اذا روعي اللطف في اجراء الحركات المتفعلة بدت متسعة وقريبة من الحركات الطبيعية .

ويبدو في الرسم الشعاعي ان فوق البكرة منقلبة اهتلافاً واضحاً . وعلى الجراح ان يتحقق حتى في هذه الحالة ان هذا الكسر غير معرقل ببلج زندي .

ومتى اندمجت فوق البكرة في المفصل اختلف المشهد السريري فالألم أهدأ وحركات المطف والبسط المتفعلة اكثر تحديداً غير ان كل هذا علامات احتمال ولا تستطاع بدون الرسم الشعاعي معرفة الاندماج . واما به فيبدو الفاصل المفصلي منفصلاً وتظهر بين بكرة الضد والزند القطعة المنفصلة التي يظهر حجمها اصغر مما هي عليه في الواقع لان بعضها غصروفي .

واذا خلع المرفق استلقت الحلق الانظار فرداً او ظن انه رد غير ان حركات المئصل تظل محدودة في الايام القليلة فيرسم المرفق بالاشعة ويظهر كسر فوق البكرة واندماجها في المفصل .

وتشخيص كسر فوق البكرة سهل واما تشخيص الاندماج فاصعب ولا يتحقق بدون سم الشعاعي . وليتمثل الجراح امام عينيه مع ذلك منظر نوى المشاش العظمية في الولد

لئلا يظن نواة البكرة الطبيعية التي يحيط بها غضروف نير فوق البكرة المنقلبة وانندجة ويستحسن دفناً لكل التباس رسم المرفق الثاني ومقابلة الرسمين .

واما تشخيص الشلل الزندي فقل " ان يشخص لان الطبيب لا يفكر فيه ليتحرى اعراضه . فضلاً عن ان كشف هذه الاعراض صعب في الولد ولكنه ليس مستحيلاً اذا اتبعت الطريقة التي اشرنا اليها آخفاً .

المعالجة : يكتبى بلف المرفق بالقطن في كسود فوق القطة غير المرفقة ويسمح للولد بعد بضعة ايام باستعمال مفصله . واذا كان الودم الدموي كبيراً واذا تألم الولد كثيراً ثبت المرفق في ميزابة جيبس صغيرة خسة عشر يوماً الى ثلاثة اسابيع .

ومتى كانت قطعة العظم منندجة في المفصل ولا سيما متى شلّ الصب الزندي اختلفت للمعالجة . والتوسط الجراحي خير ما يصنع في جميع الحالات . يشق خلف ما فوق البكرة قليلاً شقاً محاذياً لمجرى الصب الزندي ويكشف القسم الانسي من الفاصل الفصلي فييدووتر الضلات فوق البكرة غائراً في المفصل وجاراً منه الصب الزندي او غير جارٍ اليه فاذا بعد الطحان المفصليان بدت ما فوق البكرة التي ارتكز الوتر عليها فاذا ما جرّ الوتر بلطف بعد اخذه بمنقاش خرجت هذه القطعة الظمية والوتر والصب الزندي اذا كان مرافقاً لها . وتستيد فوق البكرة عادة مقرها وتكوني بعض الفرز على الاقسام الرخوة لتثبيتها في مكانها .

ويستحسن ، اذا كان شلل زندي ، كشف هذا الصب في الميزابة المرفقية لانه قد لا يكون منندجاً فقط في المفصل بل موخوذاً بشوكة القطعة الظمية الثقيلة . ولا تسترق العملية الا بضع دقائق وتاممها حسنة .

وزعم البعض ان استخراج قطعة العظم الثقيلة والمنندجة في المفصل مستطاع بالوسائل الخارجية . فاذا لم يكن شلل زندي وبعد الفصل استطاع رفع هذه القطعة بعظم الزند وتجربة هذه الوسيلة جائزة والنجاح فيها قليل . غير ان هذه الحركة حسنة حين رد خلع المرفق متى لم تكن قطعة فوق البكرة منندجة في المفصل ولكنها على اية الاندماج فيه لاتها تمنع الاندماج .

وبعد ان رد القطعة الى مكانها وتنضبط بضع غرز ثبت المفصل اذا لم يكن شلل

زندي بحجرة جبسية والساعدمكبوب كياً خفيفاً لارضاء الضلالت فوق البكرة ٤٠ — ٤٥ يوماً
 وإذا كان الصب منضغطاً في الفصل وبدا الشلل الزندي اختلف شفاء هذا الشلل
 باختلاف الآلة التي أصابت الصب ففي الحالات الشديدة يستغرق الشفاء ٤ — ٦ اشهر
 غير انه يكون دائماً في الغالب لان الصب لم يقطع بل ضغط فقط .
 فالانذار حسن في النهاية .

والخلاصة ان ما نستنتجه من كسور نهاية النقا السفلى هو :

١ — ان معالجة الكسور المترضة فوق الالقمين الكبيرة التبدل قد تطورت في
 سياق هذه السنوات الاخيرة باستعمال سلكت كيرشز عبر الناقه الرفقي تطوراً كبيراً .
 وسواء ارد الكسر بعد ادخال هذا السلك رداً مباشراً او رداً بطيئاً بالتدريج فان هذه
 الطريقة كافية للامتناع عن الرد الجراحي الذي تكثر محاذيره .

وليست الآفات العصبية نادرة في هذه الكسور المترضة فوق الالقمين . ففلوج الزندي
 تصادف بعد الكسور انطافاً وفلوج الكعبري والتوسط في الكسور انبساطاً . وقد
 يشترك مع فلوج للتوسط انضباط الاعصاب فيكون الانضباط العصبي الوعائي المشترك
 سبباً في ظهور تناذر فولكمان .

والتوسط الجراحي واجب في كل حال بلشده ما يمكن من السرعة في كل انضباط
 عصبي وعائي اجتناباً لهذا التناذر .

٢ — تالج كسور اللقمة الوحشية الكبيرة التبدل التي تنقلب فيها اللقمة في الوقت
 نفسه، معالجة جراحية بدون ضياع الفرصة المناسبة . واذا بدا للجراح ان ضبطها واجب
 فالحرز الذي يدخلها وتخرج قبضته من خلال الجهاز الجبسي كاف لذلك وينزع هذا الحرز
 بعد بضعة ايام .

٣ — وتترقل كسور فوق البكرة بدخول القطعة المتكسرة في المفصل وجرحها
 الصب الزندي منها وفلجها ، كثير الحدوث ، والتوسط الجراحي السهل ضروري لاجراج
 هذه القطعة وتحرر الصب وجعل الانذار حسناً مع ان مظهر الكسر خطر .

تقطير الدم

ان تقطير الدم عملية ينقل بها الى المريض مقدار كبير من الدم قد يبلغ ستة التار قطرة قطرة ويطة زائد اي بما لا يتعدى ١٠٠ سم في الساعة . ويستطاع بهذه الطريقة اعادة خضاب الدم في بضع ساعات الى مدله الطبيعي في مريض افتقر دمه فقراً شديداً لنزف او لداء اعتراء .

وقد استنبط ماريوت وكيكويك هذه الطريقة في السنة ١٩٣٥ فشاعت بسرعة غريبة ، ومنهم من استعمل الدم الهابديني في هذه الطريقة ومنهم الدم المضافة اليه ليمولت الصوده .

الاستطبانات والمقادير : يستقد مستنبط الطريقة وغيرها ان ٥٠٠ سم من الدم غير كافية في حالات فقر الدم العادية وريان ان هذا المقدار (اي ٥٠٠ سم) لا ترفع معدل خضاب الدم الا من ٩ — ١٠ ٪ مع ان الواجب بقضي باعطاء كمية ترفع هذا الخضاب الى مائة في المائة والحساب سهل فان الدم يبادل $\frac{1}{11}$ من ثقل الجسد فاذا كان وزن الشخص ٦٦ كيلو غراماً كان دمه ستة التار فاذا كان خضاب دمه قد هبط الى ٢٥ ٪ كانت الكمية التي يحتاج اليها من الدم ٤ — ٥ التار وكان صنعها واجباً في خلال ٤٥ ساعة . وبعد بض من المؤلفين عدا خضاب الدم بنقص هيولينات الدم ويسترد غيهم بعد الكريات الحمر ،

ويستقد ماريوت وكيكويك ان تقطير الدم مستعمل فقط في معالجة فقر الدم سواء انجم هذا الفقر عن ترف او انسهام في سياق مرض عفا ، ولا يميزان استعماله البتقي حالات اخرى حيث خضاب الدم طبيعي لا بل يتقدان ان تقطير الدم في حالات كهذه قد يكون خطراً .

يبد ان تترك وديفوس يخالفان هذا المبدأ ويميزان استعمال التقطير في مرضى مزداد عدد كرياتهم الحمر (حادثة محروقة قطراً لها ثلاثة التار من الدم) اي في جميع الحالات

التي يتقلل فيها توازن الدم وحيث يخشى من ان التفاعلات التالية لتقلل الدم تضع على المرضى الفائدة التي قد يجنونها منه .

ولا يخفى ان طريقة مريوت وكيكويك ضمن الطرائق في من تظهر التفاعلات فيهم بعد نقل الدم وان هذه التفاعلات قد تقع حتى متى كان دم المظلي من الزمرة الرابعة (٥) او من زمرة الآخذ نفسها .

وقد اورد مريوت وكيكويك عدة مشاهدات عولج مرضاها بطريقةها ولعل اكثرها فائدة المشاهدة التالية :

مریضة مصابة بفقر دم حال للدم خضاب دمها ٢٠ ٪ واستعمال طحالها مستحيل عولجت بتقطير الدم فنقل اليها في خلال ٢٧ ساعة ٥٦٢٠ سم ٣ من الدم و ١٠٠٠ سم ٣ من محلول الليمونك فناد خضاب دمها الى ٨٨ ٪ فاستطيع اجراء العملية لها وتم شفاؤها بسرعة .

ولفت (ود) الانتظار الى قيمة تقطير الدم في المضعفين فان كثيرين من المرضى تصعب عملياتهم ممكنة الاجراء في خلال يومين وثلاثة ايام مع أنهم بدون التقطير لا يحصلون على هذه النتيجة في شهر اذا اكتفوا بنقل الدم المكرر بحسب الطريقة المألوفة .

ويشير ويتترن بتقطير اكثر من ١٠٠ سم ٣ في الساعة للاشخاص الذين يستمر نزفهم لاعاضة ما يفقدونه كما انه يكتفي بستين الى ثمانين سم ٣ في الساعة في من لا تستلزم حالتهم السرعة ، يد ان معظم المؤلفين لا يرون هذا الرأي بل يصرون على استعمال ١٠٠ سم ٣ في الساعة بدون تمييز في الحالات .

وقد يتساءل المرء كيف ان المريض يستطيع تحمل هذه المقادير الوافرة من الدم قطرة قطرة بدون اقل تفاعل مع انه لا يقوى على احتيا ٥٠ سم ٣ من الدم اذا نقلت اليه دفعة واحدة . فالجواب ان البطء في نقل الدم بطريقة التقطير يمكن البدن من تنظيم اثراته وبعد ان نقل يويكوت واوكلاي للارانب كيات كبيرة من الدم رأيا ان حجم الصورة قد عاد الى معدله الطبيعي في خلال ٢٤ — ٤٨ ساعة وان حجم الدم لم يزد الا بقدر حجم السكريات المتقولة ، وهذا هو ما يحتاج اليه في فاقات الدم كما يلاحظ ماريوت .

طرز العمل : لا يختلف اخذ الدم وحفظه عنه في طريقة نقل الدم . فان الدم يمزج

شيئاً فثباتاً وهو ينصب بالمادة المضادة للتخثر التي تنصب قطرة قطرة دون ما حاجة الى تحريك الدم . ثم يوضع هذا المزيج (الدم والمادة المضادة للتخثر) في اللعجة ٤ — ٦ ايام حتى ساعة استعماله .

تقطير الدم : تحرك الحبابة قليلاً قبل الاستعمال ليعود المزيج متجانساً ويسخن بضمه في الماء الحار او بمرار انبوب المطاط في ماء حار درجته ٣٩ — ٤٠ و تصفية الدم واجبة من خلال نسيج من الحرير او غزي او نسيج معدني ، وتقطير الدم اصعب من نقله فليست المصلحة في تسخين الدم وتصفيته فقط بل في ابطاء الثقل ايضاً ومنع الكريات عن الرسوب في القعر .

اما التسخين فيتم على نحو ما ذكرنا ويستطاع ايضاً احاطة الحبابة بقطعة مبللة بالماء الحار او بمذابة كهرية . وكثيرون هم الذين لا يدقون الدم بل يقطرونه بحرارة الغرفة . غير ان التصفية واجبة للعلقات التي قد تتكون بين اخذ الدم وساعة استعماله . وتم التصفية في جهاز ماريوت و كيكويك من خلال شبكة معدنية موضوعة في قعر الحبابة ويضني غيرهه الدم من خلال كيس من النسيج المعدني الموضوع في الحبابة او من خلال الفري .

وتحريك الدم يتم بمرسال فقاعات من الاكسيجين الى قعر الحبابة وفائدتها انها تخفض الدم قبل نقله وطريقة ذلك ان يوصل بخزان من الاكسيجين انبوب من المطاط وضمس في قعر الحبابة .

واما الابطاء في الثقل فيتم بمنقاش موهر او بصنبور او بخلاف ذلك من الاجهزة كما في طريقة مورفي .

المادة المضادة للتخثر : ان استعمال جميع المخثرات جائز غير ان اكثرها استعمالاً لبيونلت الصوده والمالبرين .

لبيونلت الصوده : ان هذه المادة خالية من الضرر اذا استعملت منها مقادير عادية واستعمالها في الدم المحفوظ خالٍ من المخاذير . غير ان الامر في التقطير يختلف عنه في ثقل الدم فاذا كانت الكمية المستعملة في ثقل ٥٠٠ سم ٣ من الدم خمسة غرامات من لبيونلت الصوده وهذه الكمية هي دون المقدار السام البالغ ١٥ — ٢٠ غراماً فان الكمية

المتعلقة في تقطير ٥ — ٦ التار من الدم تمدى الحد السام من الليمونات ، فان ماريوت في احدى مشاهداته قطر ٦٢٠ سم ٣ من الدم فيها ٢٥ غراماً من الليمونات . لا ينكر ان تقطير الدم يتم في خلال ساعات عديدة وان البدن يستطيع في اثائها افراز جزء كبير من الليمونات والتغلب على هذا السم ، غير ان البدن الذي يقطر الدم له قد يكون مسماً بالمرض الذي استلزم هذه المعالجة وقد تكون الاعضاء المفرغة فيه مقصرة فلي الطبيب ان ينظر الى هذه الامور جميعها . ويصدق البعض ان محلول ٣ ٪ من الليمونات كاف وان مزج عشرة غرامات من هذا المحلول بمائة سم ٣ من الدم تمنع تخثره . وهما يكن فان ليمنة (citratation) الدم بنسبة ٣ ٪ كما يستعملها بعض المؤلفين عالية لانها تستلزم ٣٠ غراماً من الليمونات لكل لتر من الدم .

الهابرين (héparine) : انه لا يزال قليل الاستعمال والهابرين كالا يخفى خلاصة بعض الاعضاء (الكبد ، الرئة والطحال) ومانع للتخثر باعجاده بطليمة الحثريه (prothrombine) وليس الهابرين مضرأ حتى اذا استعملت منه مقادير كبيرة . وجل ما يحدثه انه يطيل مدة التخثر. فاذا وجب انتهاء هذا المحذور يحقن المريض بالبروتامين (protamine) الذي يبطئ فعل الهابرين في الحال .

ويظهر ان الهابرين هو غير المواد المضادة للتخثر المتعلقة في تقطير الدم . فاذا كانت الليمونات افضل في وقاية الكريات الحمر متى اريد حفظ دم مدة طويلة قبل نقله فان الهابرين افضل بدوره في حفظ الدم مدة قصيرة كما في تقطير الدم لانه اقل سمية ولانه خير من الليمونات في حفظ الكريات البيض ،

وقد ثبت ان الهابرين اذا حقن به الوريد زاد عدد الكريات البيض الكثيرات النوى يد ان الليمونات لا تحدث هذه الزيادة مع ان ازدياد الكريات البيض مفيد للدفاع في بدن مضف فضلاً عن ان الليمونات تخرب الداحرة (alexine) بسرعة يد ان الهابرين يحافظ عليها . ويستتج بما تقدم ان الهابرين خير من الليمونات في تقطير الدم . ويستعمل الهابرين كليمونات الصوده محلولاً غرضياً يمزج بالدم شيئاً فشيئاً فور انصابه . ولا تمدى المقادير المتعلقة منه بضعة مليغرامات .

التأخر : ان تقطير الدم طريقة يستطيع بها نقل كميات كبيرة من الدم لبطء الحفن فيها

ان استطباب التقطير هو اعادة خضاب الدم في المريض الى معدل يقرب من الحالة الطبيعية مهما كان فقر دمه البدئي شديداً ولا سيما متى حال فقر الدم هذا دون اجراء العملية التي تستلزمها حالة المريض لانه يصبح ممكناً بده .
ان النتائج كانت باهرة كما يستدل من احصاءات من استعملوا هذه الطريقة .

٠٠٢ خ٠



التقليد

للعلم عارف صدقي الطرقي

تقليد الأصحاء للمرضى، واصطاعهم لآفات الاستعداد دمج أو لاتماد عن مكروه أو لاضرار بمخضم منهم أو لغير ذلك من الغايات، امر معروف ومنتشر. واطباء الشرع واطباء المدارس والاطباء العسكريون ومن اليهم يعرفون الشيء الكثير عن تجسيم مفهوصيهم احياناً لبعض الموارض التي تظهر فيهم، وتضمنهم وتكلفهم احياناً اخرى اعراضاً وحالات مرضية غير موجودة فيهم.

يكثر التقليد في حالتين مختلفتين: في حالة الحرب ويشاهدها الاطباء العسكريون، وقصد المقلد فيها التخلص من الجندية أو الإتماد عن الجبهة حيث الخطر. وفي حالة السلم ويشاهدها اطباء الشرع أو غيرهم ممن يوكل اليهم امر شخص شخص للحكم له أو عليه في طلب أو في خصومة أو في تعيين تبة. وقد خص الاستاذ مرشد بك خاطر التقليد في حالة الحرب وبين الجنود بسكامة في عدد فائت من هذه المجلة، ونذكر في هذه الكلمة التقليد كما يرض لاطباء الشرع ان يشاهدوا في اثناء قيامهم بعملهم.

واول ما تنبه اليه هو صعوبة الحكم في مثل هذه الحالات التقليدية، فان اكتشاف البترول في خراج والحامض البكري في من يدعي اليرقان وما اشبه ذلك امر شاذ وتادر والصعوبة تنشأ احياناً كثيرة عن ادعاء المصوحس لاعراض شخصية لم تقم ادلة سريرية على ثبوتها. ومعلوم ان كثيراً من الامراض تتبدى بالاشكال، ولا يقنى للطبيب الشرعي الانتظار كما يقنى للطبيب الدواوي، فان مضى في تصديق مفهوصه غشي الخداع والتقليد وان أنكر عليه مدعاء اوشك ان يظلمه. فالتأني، والوقوف التام على تشخيص الامراض العارق، وملاحظة الاشكال المتنوعة للامراض المختلفة، وكيفية ابتدائها وسيرها، ثم سبر حالة المريض النفسية، كل هذا من الزم ما يلزم للطبيب الشرعي. ومن لم يحل بهده الصفات فهو غير أهل للثقة التي يضنها فيه القضاء.

اذا ذهبنا نستقصي الحالات التي ثبت فيها التقليد، نجد ان المقلد لا يخلو ان يكون

احد ثلاثة : فاما ان يكون قد اخترع مرضه اختراعاً بدون ان يكون فيه اثر منه فهو يتصنع ويتكلف كل ما يحكيه من ألم وما يدعيه من عرض ، واما ان يكون مصاباً حقاً ولكن لغاية في نفسه اخذ ببالغ في اصابته ولبسها غير ثوبها الحقيقي ، واما ان يكون قد اصاب وشفي فشكواه كانت في وقت صحته ولكنه اضحى مقلداً حيناً استمر على الشكوى وقد زال ما ألم به .

ويجب ان نشين ما اذا كان التقليد طبعياً اراديا ام مرضياً حمل عليه المصاب حملاً وليس له فيه ارادة ولا على دفة سلطان ، وهل تساوي بين هذا البائس المصاب بالهرع (الهستيريا) وبين ذلك الماكر الذي يريد تضليل الاطباء والقضاء ؟ واذن لا بد من مطالعة التقليد من وجهتي الطبعية الارادية والمرضية النفسية .

١ — التقليد الطبيعي

ويكثر هذا التقليد ، كما بين ذلك الاستاذ مرشد بك خاطر ، في زمن الحرب للاعتداع عن اماكن الخطر ، كذلك نراه بين العمال في البلاد التي قامت فيها تشايع هاية منظمة فإعمال الذي يأمل من وراء مرضه الحصول على اجازة بدون حسم شيء من راتبه ، لا يتودع عن طرق هذا الباب . ولا يرى الاطباء السوربون التقليد في هاتين الطبقتين من الناس لعدم وجود الجندية وخلق البلاد من تشريع للعمال يحفظ حقوقهم حين الطوارئ .

غير ان اطباء الشرع واطباء المدارس والدرك والسجون ومن اليهم لا يدمون واحداً يريد الانتقام من خصمه فيظلم مصابه ويزيد فيه ، وآخر يطمع في تمديد اجازته فيرتدي مختلف الأمراض ، وثالثاً يريد الاختلات مما هو فيه من تمرين شاق فيشكو ويتوجع ، واخرى ترغب في الاسطيف فهي لا تنهأ بطعام ولا تستسلم لنام لتحمل طيبها على التصح لزوجها او ولي امرها بالاسراع في تبديل المناخ الذي تمش فيه و . . الخ .

وظاهر ان هذا التقليد على درجات ، وفرق بين هذا الشرطي الذي غلبه كسله يوماً فادعى وجع الرأس ، وبين ذلك الذي لج في خصومة فنهب بيت من جسمه او يزيد في اصابته ليدن خصمه . على ان التقليد الاول ، ونسميه التقليد الصغير ، اكثر انتشاراً واصب كشفاً لاعتصام اصحابه بالاحساسات والاعراض الشخصية يدعوتها ، مما يسر منه على الطبيب الفاحص ثبوت خداعهم وكذبهم . اما التقليد الكبير فهذا ما يتطلبه من

جراً واقدام ، قل ان يتوفق فاعله لاحكام حلقاته ، وبالتالي يسهل كشفه ويقل
اللاجئون اليه .

التشخيص : ومهما يكن من شيء فهناك علامات ظنية وعلامات حقيقة يهتدي بها
الطبيب حيناً يشبه بالتصنع .

١ — فالعلامات الظنية لا تكفي مطلقاً لاثبات التقليد ، وهي التي يستمد منها الموم
من غير الاطباء للحكم على المفحوص بالتمارض . فلي اطباء الشرع والخبراء ان يحذروا
من عدتها ادلة كافية على التصنع والحداع .

(١) واول هذه العلامات الظنية وضمة المفحوص ، وهي تختلف كثيراً باختلاف ثقافته
وباختلاف شخصية الفاحص . فن التقليدين من تراه هائجاً يشكو مختلف الآلام ويدعي
مختلف الاعراض كأنه يريد ان يحمل فاحسه حلاً على اثبات اصابته . ومنهم ، وهم اذق
من السابقين ، من يلزم عرضاً يدعي بهدؤ وسكون . ولكن الغالب في التقليدين هو
البالغة والاغراق في كل شيء . فاذا شكوا ألأ في الرأس او في الظهر او في الرجل ،
فألهم شديد لا يطلق يلزمهم الفرائش او يقصف ظهورهم او يتنمدمه للشئ فلا يستطيعونه
الا عرجاً او بالمكاز .

(٢) ومن العلامات الظنية وجود سبب يحمل المفحوص على ادعاء المرض ، فاكث
ما نرى التقليد في مستخدم يريد الحصول على اجازة ، او في جندي لينجو من الخدمة
السكرية ، او في شخص يدعي الصمم للكتمان اصابته اذنه ؛ وفي امرأة تدعي ان فلاناً
قد اغتصبها مع انه لم يتعصبها البتة حتى انه لم يأت امرأة قبلها ولا يستطيع الجماع ابداً و . . الخ
فهذه الاسباب والناسبات المختلفة تبسبب طيب الشرع والخبراء على التقليد .

ولكن على اطباء الشرع وغيرهم من المكلفين بفحص امثال هؤلاء ألا يفتندوا الا
على فحصهم وألا يلبأوا الى الحكم على مفحوصهم بالتقليد والادعاء لاول ما يبين لهم ان
مصلحته تقضي اثبات مدعاء . والحق ان كثيراً من اطباء السجون والشرطة والمدارس
يسرفون في هذا المعنى . وقد اتبع لنا اكثر من مرة فحص بعض افراد هذه المنظمات
الرسميتين لنا انهم مصابون بامراض مختلفة تستلزم اراحته او تخفيف علمه اليومي ، في حين
ان طبيب مصلحتهم كان ينكر عليهم مرضهم ويأبى اعطائهم اجازة يستحقونها . وآخر

من رأينا شخص أبى طبيب المصلحة المنتسب اليها اجازته بعد ان جرعه كمية كبيرة من السمكات العسوية زاعماً انه مدع . وتحققنا ان الرجل صادق في شكواه وتأله ، ورأينا ان اسرع ما نمله للتسجيل في إراحته توجهه للمستشفى للعناية ، ورأى الصديق الزميل الدكتور بشير بك العظمه ما يستلزم ادخاله المستشفى ، في حين ان طبيب المصلحة المنتسب اليها أبى ان يرى في حالته الادعاء وتقليداً . فالى امثال هذه الحالات يجب القطة والحذر ، واذا كانت الغايات والظروف المحيطة احياناً هي كل المرض الذي يشتكيه الفصوص ، فلا ندم معانين حقيقين نجر لهم اصابهم غناً او تفهم من غرم .

(٣) ومن الملاحظات الغنية ظهور الاصابات بشكل وبائي ، سيما اذا كانت الاصابات جراحية او خارجية ، فان نجاح بعضهم في ادعائهم يدعو غيرهم الى تقليدهم . فالوذمات (ربط الاطراف برباط عريض) والحراجات (محقن البترول) والبرقانات (تجرع الحمامض البكري) اذا ظهرت مثلاً في بيئة فهي بالتقليد والادعاء شبه . وهنا ايضاً يجب الانتباه فان كثيراً من الامراض الداخلية سيما الاتانية تظهر بشكل وبائي . فعلى الطبيب ان يذكر اشكالها السريرية الخفية او غير الاعتيادية ليحترس من سوء الحكم .

(٤) ثم ان كيفية الشفاء قد تدل على التقليد ، فكثيراً ما يرى اطباء الدرك واطباء السجون آفات جلدية ترمز وتستحي على كل دواء ، حتى اذا ما احبطت بحيرة تمنع التلاعب بها ، او روقب حاملها ، اسرع نديها وشفافها .

(٥) وما يدعو الطبيب للاشتباه بالتقليد عدم وجود علامات مطابقة . فهذا الذي يشكو ألم رأسه اذا لم تكشف الفصوص الخفية والسريرية وبقي طرق الاستقصاء وجود ورم دماغي فيه او استئوال الدم او التهاب الجيوب الوجهية المزمن ، او وجود افرنجي مجهول او غير ذلك من الحالات التي يصاحبها الصداع ، فلا مفر لطبيب من ان يظن بمفحوصه التقليد . وظاهر انه لا مجال للشك في صدق الفصوص حيناً تصاحب الامراض الشخصية التي يدعيها تغيرات سريرية او اختلالات وظيفية .

وهنا ايضاً يجب الحذر ، وما يقول الطبيب بآلام المعدة التي ترافق بعض القرحات المتعذر كشفها حتى على الاشعة ، وبهذه التوب الحنافية التاجية للمنشئ ، وبهذه الفلوج المتمركزة الناجمة عن تشنج وعائي دماغي فهناك حالات كثيرة

يشبه الحكم فيها على الطبيب ما لم يتذرع بالآفة ويعتصم بالصبر فلا يدل من تكرار فحص مريضه ومن السؤال عن سوابقه الحيلية والشخصية وعن كيفية ابتداء ما يشكوه وتطوره . والدعي الكاذب قلما يحسن التخلص من سيل هذه الاسئلة .

٢ - اما الالامات الحقيقية التي تثبت كذب الفحوص وادعائه فهي اعتراف الفحوص نفسه ، او مشاهدته بالجرح الظاهري ، او وجود ادلة قطعية الثبوت .

(أ) فاذا استجوب الفحوص وضيق عليه في الاسئلة فارتبك في الاجوبة مما اضطره اخيراً للاعتراف بتقليده واسطناعه لمرضه ، فقد وضع الامر وثبت التقليد ثبوتاً لا شك معه .

(ب) وكذلك مباغطة الفحوص وهو يفرك مستودع مقياس الحرارة ليوهم ارتفاعاً في حرارته ، ومشاهدته يقفز وهرول قيل المائة ليزيد في عدد نبضه ، وما مائل ذلك يثبت سوء نيته وتقصه .

(ج) كذلك تلون الشفاه او الايدي او الثياب بالصفرة او كنف الحامض البكري في البول في من يدعي اليرقان ، وآحين اليض في بول المشبوه باليلة الآجنية ، وحجاب عطر الترتيتنا في مصاب بالخرجات لا يترك مجالاً للشك في تزويره وتقليده .

ولكن على طبيب الشرع ان لا يسرف في الاستدلال وان لا يبرر ايضاً هذه الادلة الحقيقية اكثر من اهميتها . وليذكر ان وراء تخمينه وحكمه خبراء واعطاء آخرين قد يرجع صاحب المصلحة اليهم ، فلا يسرع مثلاً بالحكم على مصاب باصابع يده بانه اقلع هذه الاصابة لا شيء سوى تبيينه ان الاصابة كانت من مسافة قصيرة .

وبالاجال فان التقليد لا يمكن التمكن به بل لا بد من ادلة تتوفر لاثبات وجوده واخفاله ، وهو احدى المضلات في الطب الشرعي وفي طب الجماعات .

كيفية فحص من اشبه بتقليده : على الطبيب الشرعي او غيره ممن يوكل اليه فحص امثال هؤلاء ان يذكروا انهم اطباء وليسوا مستنطقين ، فيقومون باستجواب مفحوصهم بروح انسانية علمية ، ولا يستعملون في تحقيقاتهم الا الطرق الطبية . وغير خاف ان كل مخالفة لهذا المبدأ لا تسيء الى المفحوص فقط ، وقد يكون مريضاً بالأسأ تؤذيه امثال هذه التضيقات ، بل انها تضر بجري التحقيق القضائي حين الوصول اليه فيها اذا كان

المفحوص مدعياً . ولعل مما يفيد في فحص امثال هؤلاء عزلهم ، واعادة فحصهم ، ومراقبتهم عن قرب ، وتسجيل كل ما ينطقون به ويقتونه او ينفونه في كل مرة . • فاذا اثبت الطبيب وجود التقليد في مفحوصه بعد هذا جهز به •

جزء القلد ؟ اما في بلادنا السورية ولما يطبق قانون الطوارئ عند الحال ، وربما تصبح الخدمة العسكرية اجبارية فالتقليد وعقاب التقليد يضمان ميداني تطبيقهما الكبيرين اما في اكثر البلاد الاخرى حيث تقوم تشارج للحال ، وحيث الخدمة العسكرية في حالة السلم والحرب اجبارية لا يعنى منها الا عاجز او مصاب ، فالقبولت المنصوص عليها في هذه الانظمة تطبق على المتأرض والمتصنع ، ولا تتسع هذه الكلمة للافاضة بها ويكفي ان تقول ان محاكم التقابلات والمحاكم العسكرية توقع هذه القبولت بمستحقها دون ما هوادة ، لعلها ان نجاح المدعي بدعائه يشجع غيره على الاقتداء به وسرعان ما يفتشى داء التقليد في ضفء النفوس ، وان محاربة الوباء في اول ظهوره خير واولى •

اما فيما عدا هذين الميدانين فالتقليد يصد اختلاصاً ، والمقول ان يقاب القلد عقاب من اراد اختلاص تولى الاختلاص التي يدعيها او التي اصطلحها ، غير ان اطباء الشرع والخبراء لا يتمكنون في اكثر الاحوال من ازالة القوية في القلد ، وتختصرت نتائج انبائهم للتقليد على الحلولة بينه وبين غايته التي يرمي اليها •

وخير ما يعمل لمجابهة التقليدين ومحاربة الادعاء هو تشهير من ثبت كذبه وتصنمته بوثائق قطعياً ، والضرب على يد كل من له ضلع فيه ، فقد ثبت يقيناً ان قصاص هؤلاء الشركاء الذين يزنون للمجرم اجرامه ويساعدونه عليه ، ومثلاً عقاب كل من عمل لاجهاض جنائي او تصنع مرض ، اجدى من قصاص المجرم نفسه ، ومثلاً اجدى من عقاب المجنونة او المتأرض والطبيب كما قلنا يردع ضفء النفوس بالتقليد او يردعهم ويهدم عنه بما يعرف عنه من دقة في الفحص وإعراض عما يوحى به المفحوص ويقول بحيله ما لم يثبت بالطرق الفنية القطعية ، او اسناء لمفحوصه وتأثير يقول كل قائل بدون تدقيق او تحقيق •

(للبحث صلة)

الشباب والشباب

وسمة العمر

١٢٠

اقوال بعض الادباء والمفكرين في القهار

قال المرحوم مصطفى لطفي المنفلوطي عن القهار والمقار :

ما جلس المقامر الى مائدة القهار الا بعد ان استقر في ذهنه ان الدرهم الذي في يده
سيتحول بدنية من الزمن الى دينار وسود به الى اهله فرحاً مقبلاً، وأحسب ان القول
تجز عن ادراك سر هذه العقيدة ومشارها

ان كان يؤمل الربح لانه يرى عن يمينه رجلاً قد ربح فلم لا يخاف الخسران لانه
يرى عن يساره مائة خاسرين وان كان يضحكه منظر الراجح لانه يرى في بعض مواقفه
احد الراجحين ضاحكاً فلم لا يبكيه منظر اسدقائه ورفقائه الخاسرين وهم يتساقطون حو اليه
تساقط جنود المعركة تحت القذائف المنطلقة

ما اشبه المقامر الذي يطلب من الدينار الواحد مائة دينار ، بالكيميائي الذي يطلب
من التصدير فضة ، ومن النحاس ذهباً ، كلاهما يتاجر بالاحلام ، في سوق الاوهام
انا لا اريد ان انصح للمقامر بترك القهار ، لاني اعتقد ان من يملك عقلاً مثل عقله
وفهم مثل فهمه لا يستطيع ان يفهم كلمة بما اقول ، ومن عجزت حوادث الدهر وعبر الايام
عن ان ترد عليه ضالة عقله وتهديه السبيل الى نفسه ، لا تنفخ كلمة كاتب ولا موعظة واعظ
وانما اريد ان اقول للذين لم يقدروا ان يخطوا خطوة واحدة في هذه الطريق الوعرة
حتى اليوم ، لا تقامروا واحداً ولا هزلاً ، فان هزل القهار يجر الى جده ولا تمروا بمساهد
القهار فصدأ ولا عفواً ، فان من حام حول الحمى يوشك ان يقع فيه

وقال الشيخ نجيب الحداد في القهار والتصيدة الآتية :

لعل قيصه في الناس عار	وشر معايب المرء القهار
تناد له المنازل شاهقات	وفي تشييد ساحتها الدمار

تصيب التازلين بها سهاد
قد اختصروا التجارة من قريب
وبئس العيش فقر مستديم
وبئس المال لا تحظى عين
يفرّ من البنان فليس يبق
فينا تبصر الوجنات وردا
تراهم حول بسطتها قودا
يلاحظ بعضهم بعضاً بعين
فحسب ان بين القوم تأرا
كان عيونهم لما اديرت
فهم لا يبصرون سواء شيئاً
وهم لا يطفون على خليل
وهم لا يذكرون قديم عهد
فكم غضبوا على الايام ظلماً
وكم تركوا النساء تبت تشكو
تبت على الطوى ترجو وتخشى
فلست عيشة الزوجات حزن
وبئت خلة الفتيان هم
ومن اروع ما كتب عن القهار ما خطته براعة الشاب الاديب احمد مظهر العظمقواسفاً
مبارك القهار في بلودان قال :

هناك في بلودان تجري مبارك للقتال يحمده دواعها (١) وبنم شجاعها ، الراجح فيها
والخاسر سيان ، اذا الفوز فيها سجال ولكل من شأنها ممان للخسران . ان لم تلدع في
آفاقها رعد المدافع ، وتطوح برقاب شياطينها شفار القواطع ، ورن في ارجائها رشق
البنادق وتمن (٢) في انحائها اشباح النون تأتي حاساً خفاً وتمود بطناً قالاً ، - ان

(١) الجبان (٢) عن الشيء يعني اذا ظهر امامك واعترض

لم يكن فيها ذلك — فلها بمآتي الحرب صلات ، ولا تنفي الاسماء عن الحقائق ، ولا تنفي مظاهر الباطل من مصارع السوء : انها معارك القهار او شباك الدمار بين اولئك الذين وصلت اليهم اطراف النعم فرضوها بقلة الشكر ، وصلة الوزر ، وما اليهما من استخفاف بالرزق واستحلال في طلبه للمحارم ، واستمتاع بشهوات منحطة ، واسترضاء لنزوات طائشة ولو كان في ذلك فقد نفس وسكد اسرة وفساد امة .

تبدد الاموال على موائد النضال بأمل وسخاء ، وقد تكون عزرة على ابن فاقة ذي عيال يرتضون من الهم ، ويمزقون كبد الحنان بانين الفقر وقلة الحيلة ، وينادي منادي الحرب وشاهد الفتنة وساعي الضلالة : الصفقة جليبة والدورة ثقيلة ، والفوز للمكثرا لرايح ، وجنود ابليس عن الميمن وعن الشمال ، يسطون الايدي كل البسط ، ويبشون الآمال مترعة بالفوز .

فاذا هي جولة استعطى فيها الرجاء الشارد على اللب المتدبر ، وغلب الطمع فيها القناعة فتوارت كما توارى الشمس في ظلمة الليل البهيم ! والابصار شاخصة ، والقلوب ترتجف والفضيلة تتمثل من الاسبى ، والحقيقة ساخرة عن سحرهم الاوهام وقادتهم الاحلام فثشوا الى التقي في طريق الفقر يبتغونه عوجاً ، ومحسبون انهم يحسبون صنماً !

واذا هي هنية وقف فيها دولاب الدمار ليهم حكمه ويستأنف دورته ، فاذا الراجح فلان يلقف الاموال لتستقر لديه ، بل لتهدأ قليلاً ثم تسير سيرتها الاولى وتحول الى غيره وهكذا دواليك ! واذا الخاسرون الواجبون خصوم لذاك ، يشعرون نحوه بالضئيلة والجدة والمداة . وربما كان من قبل صديقهم الحميم ! ينظرون اليه فقفنف عيونهم بالشرر لحظاً ، وتلهف مشاعرهم ندامة وغيظاً ، وتحجب (١) قلوبهم من حصاد ما فرطوا فيه مستسلمين للظن الاثيم وما تهوى الانفس الا مارة بالسوء .

يا ويلتنا ! لقد تكرر (٢) الامر : امهات واخوات وزوجات وبنين وبنات : اسأنا اليهم وظلناهم ، ايتكفون بعد سوء فالتا التاس !

ثم يذكرون الراجح ما زعموا لعمن عيش مخضّل سيفقد فيه فيودون لو ان لهم كرة فيرموها كما يرمي ويتناسون خسارتهم ومصيبة اسرتهم وامتهم بهم ، ويتخذون من ذلك مبرراً

لحوض غمارها ثانية ١١ ولكن قد لا يكون لديهم مهر لحنائهم فاذا يعملون ، ان ابليس
يهمس في آذانهم : هَذَا (١) لَكُمْ ايها الماترون ، لا تفتنوا من وعدي ١٠٠٠ وهم
جسده الذين يقتسم منطقته ، ورضيهم نصحه فيسمعون ويطيعون وربما استندان احدهم
ورهن امته ، او سرق او اتى باحدى الاِحد (٢) كي يقوم بواجبه انحو القمار ١١
اذ من شأن هذا ان يستحوذ على عشاقه ، ويملك مشاعرهم ؛ فلا يدع لهم روية في
في التفكير ولا قوة في الضمير ولا شدة في الارادة ولا غشية في القلب ولا سؤدة (٣)
مر شباب ولا بلغة للبش ولا ركرا (٤) في المجتمع . وكثيراً ما يندو القمار يائساً ينتظر
الراحته الموت وهو يذوقه مراراً في شقائه ويؤسه

وقد قال الاستاذ محمد صالح الحلبي في القمار والمقامرين :

ان كل مقامر مجنون في قالب عاقل اذ لسان حاله يشد ابدأ قائلاً :

جلسنا حول مائدة القمار واكثرنا يغني كالقماري
وزمي فوق اوراق نقوداً بغير تدبر رمي الجمار
عملت لاُسرقي بيتاً رفيعاً فخر السقف فينا بالدمار
وقد بحمي وطيس الضرب بمن يصلو كأنه حامي القمار
سعت لاُجتي رطباً جياً فلم اقلب سوى مر الثمار
ولسان حال الشرق والاخلاق يوبخ المقامر فوق منبر الفضيلة قائلاً :

توب من القمار اذا خسرت وترجع للقمار اذا غنيتا
اذا ما الحسر مسك انت باك واجبت ما تكون اذا ربحنا
فكم من كربة القاك فيها وكم كشف الستار وما اعتبرنا
وكم ارداك في أخزى الخاذي وكم فضع الببال وما ارعوتنا
اما تحشى الرذيلة في ذوبكا وانت على القمار لقد دهبتا
وكم عاهدت ثم قضت عهداً وانت لكل مكreme نيتا



مضار القمار الصحية

قدمنا اقوال بعض الادباء في القمار شرحاً لحالة المقامرین النفسانية وتمهيداً للبحث عن مضار القمار في الصحة وعلمنا الآن لبقاء هذا الموضوع بعض حقه من التفحص ان نعمن في مائدة القمار وفي من اتف حولها من المقامرین يرئس المائدة الحضراء رجل من شياطين الانس، ابليس تلك المائدة يرمق بينه اللاعبين متكبماً على المقتصدين في لعبهم لا يسجبه منهم الا كل مجازف متهور لان في ذلك زيادة لربحه الخاص ولنفع النادي الذي وكل اليه امر ادارة اللعب ويرسل بين احايين واخرى نظرات ازدراء للمتفرجين كأنه يدعوهم الى الانخراط في هذا السلك المموج ولسان حاله يقول هذه هي الفئة الراقية من الناس فمن لم يكن منها هو اسط منها الا بئس ما يتوهمون .

اما اللاعبون فانهم من مختلفي الاعمار ، ينهم الشبان والكهول والشيوخ وتختلف اذية القمار في سحة هؤلاء باختلاف اعمارهم :

ضرره في الشباب : ان السر وكثرة الانغمالات النفسانية بسبب الریح او الحسران تهلك قوى اعصاب الشباب فتضعفها وتبيخ الدم في الدماغ فيؤدي ذلك الى الارق . وكثيراً ما اشتدت نهكة الاعصاب حتى صارت خوراً حقيقياً لا يعود معه الشاب قادراً على ضبط نفسه الامارة بالسوء فيقتل بالرزائل وتجرح الكحول وكل ذلك متوفر في نوادي القمار فيضف ويهزل جسمه ويصود عصباً ضاراً لنفسه وعيلته وقوم مسواه فساد اخلاقه او لاسا بتهالامراض التي نزلت به من جراء شراء تلك المؤلفات او من انها كره في القمار والرزائل كالسل والزهرى وكثيراً ما يبلغ به اليأس وضعف الاعصاب حداً يستسهل معه وضع حد لحياته النعسة فتتحرر وهكذا فان القمار في الحسان دافع الى الرذائل منهاك للقوى وموود الى الهرم قبل الاوان حتى ان مشهد مدمني القمار من الشبان يدل على عمر يفوق عمرهم الحقيقي بكثير وكثيراً ما يكون القمار مقصراً للعمر ويمتاً ابتسواً

ضرره في الكهول : يؤمني القمار الكحول كما آذى الشباب لا بل يزيد على ذلك

انهم اقل مقاومة تجاه الامراض من الشباب، على انه اذا كانت الانفعالات النفسانية وضفت الاعصاب عندهم اقل مما عند الشباب فان الحرض وما يلحق به من امراض كثير الوقوع فيهم لذلك نرى اكثرهم مبتلين بالقرص والشقيقة والداء السكري والربية المزمنة وغير ذلك من الامراض الناتجة من بطوه الاعتناء والتي يساعد كثيراً على توليدها وجعلها شديدة وخطرة ارتياد نوادي القهر وما يدعو اليه من تجمّع المشروبات الروحية وقلة الحركة وإهمال الرياضة البدنية والقواعد الصحية تدعو هذه الامراض الى شل حركة هؤلاء الكهول وجعلهم اعضاء فاسدة في المجتمع وتقصير اعمارهم وتضيّعهم قبل الاوان .

ضرره في الشيوخ : يزيد ضرره في الشيوخ عما هو عليه في الشبان والكهول هو ان المقامرين من الشيوخ هم في الغالب مصابون بالتصلب الشرياني وقصور الكبد والكلية وقصور اعضاء اخرى او بامراض بطوه الاعتناء وذلك بسبب تقدم سنهم من جهة وانها كهم بالقهر وما يحجره من الرذائل من جهة اخرى . وهؤلاء الشيوخ هم في الغالب ضعفاء الارادة شرسو الطباع ، معرضون للانفعالات النفسانية لذلك كثيراً ما ادى السهر والتأثر والانفعال فيهم الى تمزق الشرايين وموتهم فجأة او اصابهم بالشلل هذا عدا الامراض الاخرى التي يدعو اليها الالتفاف حول موائد القهر وما يتطلبه من انهماك في الرذائل وكثيراً ما يلقي الشيخ حقه فوق موائد القهر . لهذا كله كان القهار في الشيوخ مسيئاً للموت ابتساراً .

يتضح مما اسلفنا ان القهر يضر الصحة في كل سن ويدعو الى الهرم فاللوت قبل الاوان لذلك كان في عمارته حفظ للصحة وتطويل للاعمار عدا ما في ابطاله من منافع للمجتمع البشري لذلك كله حرمت اكثر الاديان وشدد في تحريمه الاسلام .

الآيتين الكرمتين

انما حرم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما اهل به لغير الله

البقرة

«حُرِّمَتْ عَلَيْكُمْ الميتة والدم ولحم الخنزير وما اهل لغير الله به والمنخنقة والموقوذة
والتردية والطليحة وما اكل السبع الا ما ذكيتم وما ذبح على النصب وان تستقسموا
بلازلام ذلكم فسق المائدة

نبحث اولاً عن بعض اقوال المفسرين في هاتين الآيتين الكرمتين ثم نبحث عما لهما من
شأن كبير في حفظ الصحة والوقاية من الامراض

اقوال المفسرين

جاء في تفسير القرطبي ان الميتة ما فارقه الروح من غير ذكاة مما يذبح ، وما ليس
بما كول فذكاته كوته ، كالسباع وغيرها . واما الدم ففسوجه محرم لقوله تعالى « قل
لا اجد فيما اوحى اليّ محرماً على طاعم يطعمه الا ان يكون ميتة او دماً مسفوحاً » واما
ما خالط اللحم فتير محرم باجماع

واما قوله تعالى « ولحم الخنزير » خص الله تعالى ذكر اللحم من الخنزير ليدل على
تحريم عينه ذكي او لم ينك وصم الشحم وما هنالك من الضاريف وغيرها لان اللحم
مع الشحم يقع عليه اسم اللحم وقد حرم الله تعالى لحم الخنزير فتاب ذكر لحمه عن شحمه ،
لانّه دخل تحت اسم اللحم .

وقد ذكر المرحوم الشيخ محمد رشيد رضا في تفسير الآيتين المذكورتين ان آية
المائدة شرح وتفصيل للميتة وما اهل به لغير الله وذلك بقوله تعالى « والمنخنقة والموقوذة
والتردية والطليحة وما اكل السبع — الا ما ذكيتم — وما ذبح على النصب . فحرمات
الطعام اربعة بالاجال وعشرة بالتفصيل وهاك بيانها وحكمة تحريمها

الاول الميتة : يراد بليت عند الاطلاق ما مات حتف انفه اي بدون فعل فاعل .
وحكمة تحريم ما مات حتف انفه انه يكون في الغالب ضاراً لانه لا بد ان يكون قد مات
بمرض او ضعف او نسيمة خفية مما يسمى الآن الميكروب انحلت به قواه او ولد فيه سموماً
وقد يبيث ميكروب المرض في جثة الميت زمناً ، ولانه مما توافه الطباع السليمة وتستقذره
وتعده نجساً ، والمشهور عند علمائنا ان سبب ضرر الميتة احتباس الرطوبات فيها .

الثاني الدم : والمراد به المسفوح اي المائع الذي يسفح وراق من الحيوان وان جدد
بعد ذلك بخلاف ما يتخلل اللحم عادة فانه لا يعد مسفوحاً . وحكمة تحريم الدم الضرر
والاستقذار ايضاً كما قيل في الميتة ، اما كونه نجساً مستقذراً عند الناس فظاهر ، واما كونه
ضاراً فلانه عسر الهضم جداً ويحمل كثيراً من المواد الغنية الميتة التي تتحلل من الجسم ،
وقد يكون في الدم جراثيم بعض الامراض المعدية وهي تكون فيه اكثر مما تكون في اللحم
الثالث لحم الخنزير : وحكمة تحريمه ما فيه من الضرر وكونه مما يستقذر ايضاً ، وان
كن استقذاره ليس لذاته كالميتة والدم ، بل هو خاص بمن يتذكر ملازمته للقاذورات
ورغبته فيها . والغرض ان الاسلام طيب احل الطيبات وحرم الجبائث والبالغ في امر النظافة
فلا غرو اذا عد اكل الخنزير للقاذورات علة أكله او حكمه من علل تحريم لحمه او حكمها
وان لم يترتب عليه ضرر فكيف اذا ترتب عليه ضرر عظيم . واما كون اكل لحم الخنزير
ضاراً فهو مما يثبت الطب الحديث

الراج ما اهل لغير الله به : وهذا هو الذي حرم لسبب ديني محض لا لاجل الصحة
والنظافة كالثلاثة الماضية

الخامس المتخلفة: وهي من قبل ما مات حتف انفه من حيث انه لم يمض بتذكية الانسان
له لاجل اكله ، فهي داخلة في عموم الميتة بلعنى الشرعي الذي ينه في تفسيرها وانما خصها
بالتذكير لان بعض العرب في الجاهلية كانوا يأكلونها ولئلا يشتبه فيها بعض الناس لانزلوها
سبباً مرفوعاً ، وانما العبرة في الشرع بالتذكية التي تكون بقصد الانسان لاجل الاكل حتى
يكون واثقاً من صحة الهيمة التي يريد التفتي بها

السادس الموقوفة : وهي التي ضربت بخير عتد حتى انحلت قواها وماتت . وتدخل
الموقوفة في عموم الميتة الشرعية فانها لم تنك تذكية شرعية لاجل الاكل

الساج المتردية : وهي التي تقع من مكان مرتفع او في منخفض قموت وتدخل المتردية في الميتة بحسب معناها اذ لم يكن للانسان عمل في اماتها ولا قصد به الى اكلها
 الثامن الطليحة : وهي التي تطعمها اخرى قموت من الثطاح من غير أن يكون للانسان عمل في اماتها كما سبق القول فيما قبلها
 التاسع ما اكل السبع : اي ما قله بعض سباع الوحوش كالاسد والذئب ليأكله ، واكله منه ليس شرطاً للتحریم فان فرصة اياه يلحقه بالثمة كما علم مما مر وكانوا في الجاهلية يأكلون بعض فرائس السباع ، وهو مما تأفقه الطباع .
 وجلة القول في أصل المسألة ان الله تعالى أحل أكل بهيمة الانعام وسائر الطيبات من الحيوان ما دسب منه على الارض وما طار في الهواء وما سبغ في البحر ولم يحرم على سبيل التعيين الا الميتة والدم الميسفوح ولحم الخنزير وما اهل به لغير الله .
 اما التذكية على رأي الأستاذ العلامة .ففرض الشارع منها امانة الحيوان لاجل ان يأكله الانسان حتى يكونوا اقرباً من صفة البهيمة التي يريد التنفي بها وانه يجب اتقاء تعذيب الحيوان في ذلك بقدر الاستطاعة :

الناسئ من محرّمات الطعام ما ذبح على النصب وهو من جنس ما اهل به لغير الله .
 اما سبب محرم الاستقسام فلا نه من الحرافات والاوهام التي لا يركن اليها الا من كان ضعیف العقل

اما قوله تعالى « ذلك فسق » فراجع على رأي ابن جرير الى جميع ما سبق من المحرمات اي كل محرم منها خروج من طاعة الله ورغبة عن شرعه . وذكر الرازي فيه وجهاً آخر وهو انه راجع الى الاخير فقط وهو الاستقسام بالآلام

العلم
 شوكة موفق الشليبي

مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني السنة ١٩٤٠ م الموافق لذي القعدة السنة ١٣٥٨ هـ

الاستطابات الجراحية في التهاب الزائدة الحادة

ان هذه الاستطابات مختلفة اشد الاختلاف لا يكاد يجتمع رأياً جراحياً على الاتفاق عليها وان من التي نظرة على مناقشات محي (académie) الجراحة الباريسي في السنة ١٩٣٦ يتضح له الامر . فان الآراء كانت متباينة في تلك المناقشات لان كلاً من الجراحين كان يحدد في اقناع الآخرين بصحة رأيه وجعل ذلك الرأي سائداً وشاملاً للحالات جميعها . فلا عجب اذا ما عالج هذا الموضوع ولا يزال يعالج عدد من الكتبة واذا ما تناوله مؤرخاً الاستاذ جورج ليكلرك فأبدى رأيه الصائب فيه الذي تنقله الى قرائنا ليتبعه الاطباء في ممارستهم ان لم يتبعه الجراحون الذين لا يقطع احدهم عن رأيه الا بعد ان يبدو له جلياً ان خطئه خاطئة وان ما يقوم به سواء افضل منها :

كانت القاعدة المتبعة ما يلي : يضع كل التهاب زائدة في الساعات الثاني والاربعين الاولى بدون اقل تردد واما بعدها فيرد الالتهاب الا اذا طرأ ما يستلزم التوسط . غير ان هذه القاعدة لم تلبث ان تبدلت وان بدا للبيان خطأها فاذا ما انتظر الجراح في داء كهذا بعد الساعات فيه لا الايلم ريثما تبدو علامات الخطر ساقمريضه بانتظاره الى مأزق حرج وفاتت الفرصة السانحة . ولا معنى لهذه الدلة التي حدودها بين اربعين ساعة فاذا عنوا بها ان قطع الزائدة في خلالها سهل كما لو برد الالتهاب كان الامر محججاً واما اذا

عنوا بها ان محاذير قطع الزائدة بعدها تنوق حسنة فليس ذلك صحيحاً واذا كان لا بدّ من تمين وقت فان تحديدده واجب الى ابد من ذلك .

وقد تبدلت هذه القاعدة لشدة ما وجه اليها من التقدر على الوجه التالي :

ليضع كل التهاب زائدة في اليومين الاولين بدون اهل تردد ولتراقب الحادثة عن كتب بعدها . فاذا سار الالتهاب الى التحسن دلّ الامر على ان النوبة كانت خفيفة وانها ستكون قصيرة المدة وان شفاؤها غشواً يمكن فلا حاجة الى البضع . واما اذا اشتدت الحالة فالبضع واجب بلا تردد . واذا لم تبدل الحالة اختار الجراح ما يراه موافقاً .

غير ان هذه الصيغة التي تبدو حكيمة لا توافق كثيراً من الحوادث ومحدوها انها كالصيغة الاولى مستندة الى السير السريري . وغير خاف انه ما من علامة سريرية كافية لاثبات السير الحسن او السيئ في التهاب الزائدة كما يستدل من المشاهدات القديمة والحديثة التي لا يحصى عددها . ولا تزال الهبة الحادثة التي به ديولافوا الانظار اليها والتي تلوها هبة فجائية غير متطرة ماثلة امام عين الكثيرين . فالصيغة القديمة لم تبدل والحالة كهذه والجراحون لا يزالون في تردددهم الذي يسوقهم حتماً الى بضع جميع المرضى وقد اتبع عدد من الجراحين هذه الحيلة الجريئة فاجبوا قطع الزائدة في اي يوم من التهابها ولم يلقوا على الاعراض السريرية حسنة كانت ام سيئة اقل شأن . غير ان هذه الصيغة المطلقة خطيرة بدورها اذا ما عمّ استعمالها لانها لا تهيم اقل وزن للسرييات وللشرح المرضى ولا سيما في بعض من الحالات حيث العملية قد تكون سيئة المواقب .

فلى الجراح ان يمثل ما في الحفرة الحرقية من الآفات قبل ان يصدر حكمه . ففى لم تحسن الحالة بسرعة تتكون حول الزائدة في بضعة ايام الالتصاقات تلامّ المري والترب وتتحصر بجماع صغيرة من الصديد . وتمثل هذا سريراً بالدرع (plastron) ويتفاعل الجدار فينقع مانعاً جرس ما تحته . وهذه الالتصاقات هشة في الايام الاولى وسرعة التفكك وقطع الزائدة ولو افضى الى فتح بضعة بجامع صغيرة من الصديد كما ذكرنا سهل كما في اليومين الاولين واذا لم يكن هذا القطع خالياً من الخطر فان خطره اقل من خطر الامتناع عن البضع .

غير ان هذه الالتصاقات تكتشف ويتمن بعد بضعة ايام محددة الآفات تحديداً حسناً

فيقبل منظر الدرع السرري ويصبح مع بقاءه مؤلماً بالجلس السطحي اجسم واسهل ادراكاً وزول تقفع الجدار في حذائه وحوله وتستطيع اليد الحاسة تمين حدوده ، وتهبط الحمى وتحسن الحالة العامة . فتكون الآفة قد انحصرت واذا لم تطرأ امور غير منتظرة فيكون البدن قد حاز الغلبة . ففى كان الجراح يزاء هذا الدرع التأخر المحدود الواضح الحدود كان الاقلاع عن العملية الجراحية امين للمريض وابقى . لان الجراح اذا اصر على قطع الزائدة مهما كلفه الامر كان تخريق الرى المتصقة شاقاً وقد يفضي الى انتقاب بعضها الى تخفين الصفاق (péritoine) الشامل الذي جد البدن في مكافئته فحصره . اجل ان بعضاً من الجراحين يقطعون الزائدة على الرغم من هذه الالتصاقات المتينة وفتح مجمع من الصديد الثقل الرائحة وبشكل عملهم بالتجراح حتى ان الصفاق لا يكاد يتفاعل بعد العملية لانه يكون قد تلتقع ولكن فلنذكر ان العكس قد يحدث وان البدن بعد ان يكون قد تحسب بالغفوة السابقة تقضي الغفوة الجديدة عليه

وقد اجتمت الآراء على ان العملية صعبة في هذا الزمن ومهما تقي البض بالهارة واللباقة الجراحية فصعوبة العمل الجراحي والاعطال التي تنجم عنه جديرة بالاهتمام .

ونخل هذا الدرع عفواً في الغالب غير انه قد يتقيح مكوناً مجعماً صديدياً حول الزائدة فتطو الحرارة بعد ان تكون قد خفت وتشتد الآلام وزداد حجم الدرع ويبرز ملتصقاً بالجدار فتصبح العملية واجبة الاجراء غير انها تقتصر على فتح المجمع الصديدي ولا تقطع الزائدة فيها لان قطعها خطر . وليس الجراحون الذين يشيرون بقطع الزائدة في حالة كهذه بكثيرين .

وعلى الجراح متى واجه التهاب زائدة حاداً ان يعتمد كما في اي حالة اخرى على علمه السرري . اجل ان قطع الزائدة هذا الضو الذي احدث الموارض الشديدة مرغوب فيه وضروري وقد يكون واجباً غير ان على الجراح ان يزن بيزان علمه اخطار القسطع واخطار الامتناع قبل ان يقدم على العمل وهذه الاخطار حقيقة لا مراة فيها مهما تبجح المتبحرون فاذا ما نظر الى الحفرة الحرقية وما فيها قرر احد الامرين .

واذا كان لا غنى عن سن طريقة للتمشي عليها فحس الحفرة الحرقية خير ما يستند اليه في الارشاد الى التوسط الجراحي او الاقلاع عنه . واما الموارض الاخرى فخير

للجراح ان يهمل أمرها ليس لقلة شأنها بل لجيئتها في الدرجة الثانية ويختصر ليبارك الاستطلايات الجراحية بما يلي :

تبدو في سياق التهاب الزائدة الحادة عدة احتمالات :

١ - فتي كان الالم بحس الحفرة الحرقية العلامة الموضعية الوحيدة ولم يكن تتفع ولا درع وجب قطع الزائدة بدون النظر الى الوقت الذي مر على بدء الالتهاب، وقطعها حال من الخطر في الغالب .

ولكن اذا كان الالتهاب حديثاً ولم تكن الحالة العامة مقفلة فليس قطع الزائدة امراً واجب الاجراء بسرعة فائقة لان التشخيص قد يخطئ . فان التباس الآفة بامراض غير بطنية مدعاة الى الاسف وانه لضرر جسم ان تقطع زائدة مريض مصاب بآفة رئوية مبتدئة او التهاب الحويضة والكلى او حمى تيفية او تخلل الدم (acétonémie) وثابت التشخيص بحريات الخبر واجب وفي السرعة التداية .

٢ - اذا كان في الحفرة الحرقية دفاع موضع بدون اقل ابتياج ، يضع المريض بسرعة بدون النظر الى الوقت الذي مر على بدء الالتهاب . والخطأ يمكن في هذه الحالة ايضاً غير انه اقل وليس يوجب الواقب . فقد يكون الداء آفة بطنية تستأزم التوسط الجراحي واذا شك في الامر كان التوسط واجباً كما لو كانت الآفة التهاب الزائدة . ومع ذلك فمعاينة المريضة الدقيقة لمررة ما اذا كانت الآفة التهاب الملحقات او ابتياج القد الماسارية او التهاب الصفاق السطحي المبتدىء .

٣ - اذا كان الدفاع شاملاً كان التهاب الصفاق عاماً والتوسط الجراحي واجباً بلا اقل تردد .

٤ - واذا كان الجدار متقفاً في الحفرة الحرقية وجست اليد خلفه درعاً مبهم الحدود وكان المريض في يومه الثالث او الرابع او الخامس فيكون التفاعل الصفاقي موضعاً غير انه آخذ في السير ، ويجب التوسط السريع وقطع الزائدة سواء اكانت الحرارة والحالة العامة متجهتين الى التحسن ام الى السوء . والتوسط خطر غير ان الامتناع عنه اخطر .

٥ - واذا جس في الحفرة الحرقية درع واضح الحدود ولم يكن البطن مؤلماً ولا متقفاً ويكون المريض عادة في يومه الخامس من او الابع او اكثر وكانت الحرارة

قد هبطت والحالة العامة قد تحسنت فالامتاع واجب . وغوُور الدرع من نفسه بالمعالجة الدوائية الرشيدة ممكن وكثير الحدوث .
 ٦ — وإذا عادت الحرارة الى الارتفاع والآلام الى الاشتداد والدرع الى الازدياد والبروز يكون الحراج حول الزائدة قد تكوّن ويصبح شقه واجباً بدون قطع الزائدة .
 ٢، خ .



أمراض الحكمة العجانية ومعالجتها بحقن العجز

بكبريتات المغنيزيوم

ان الامراض التي ترافقها حكة سواء اكانت عامة او ناحية او موضعية في الفرج او العجان كثيرة العدد غير ان منها ما يظل سببه غامضاً حتى ان كشفه يستلزم معاينة المريض ساعة من الزمن قبل الوصول الى جلاء هذا القموض . فلي الطبيب ان يفحص عن الافرنجي والانسهامات البرانية والجوانية وسائر معاينة دقيقة انبوب الهضم وناحية العجان والفرج وعسر الهبل والاعضاء التناسلية ويجري التحريات المخبرية حتى يستنتج في النهاية سبب الحكمة .

وقد يستخلص في كثير من الحالات بعد المعاينة السريرية الدقيقة والتأنيج السلية التي يجري بها الخبر ان الحكمة اساسية . وهذا التصير ستار نستر به جهلنا ونحتفي به قصور الوسائل المخبرية التي نستعملها في كشف سبب الحكمة وكما اتقنت هذه الوسائل قلت حادثات الحكمة الاساسية

فهذه الحادئات التي لم يكشف تفاعل واسرمان ولا معايرة البولة الدموية ولا سكر الدم ولا تحليل النائط ولا التفسر (تحليل البول) سببها هي ما يدور الكلام عنه في هذه المجالة وما تلخص فائدة حقن العجز بكبريتات المغنيزيوم فيه بعد ان تحجب المعالجات الاخرى .

فقد عولجت هذه الحكمت اولاً بمختلف المعالجات الموضعية العادية والاستدماة الذاتي والمعالجة الحكمية (physiothérapie) فلم نجح اقل فائدة حتى بدئت الحقن العجزية بمحلول من كبريتات المغنيزيوم نسبته ٢٠ ٪ . فكانت النتائج حسنة ومشجعة . وهذه المشاهدات التي نروها لسامونو واداميتينو من بوخارست

وقد استعمل المؤلفان كبريتات المغنيزيوم للمرة الاولى واوردوا بعض الفرضيات في تحليل فعلها المسكن والشافي .

يقول بعض من المؤلفين ان الحكمة ناجمة عن صدمة خلطية كالنقرس والربو وبعض التملات (eczémas) وقد نشأت معالجتها بالاستدماة الذاتي من هذه الفكرة . ويقول

آخرون ان الحكة اضطراب حسي وان معالجتها النفسية واجبة قبل معالجتها الموضعية ويظهر ان النظرية التي نالت حظاً كبيراً في يومنا في النظرية التي تنسب الحكة الى قصور المبيض . وقد ساقهم الى هذه النظرية ظهور اكثر الحركات في نساء قريبات من الفصيلة ولا يحدث قصور المبيض وحده الحكة بل ان تشوشاته الوظيفية البسيطة كافية لاحداثها والمعالجة الجراحية (folliculinique) ناجحة في كثير منها .

ولسلم جاكه بانتقال حس الاكلان بالطريق الودي فان الحكة تأتي نوباً مما يتفق والتناذر الودي . وقطع الصب امام العجز الذي اجراء ليريش وكوت وسواهما حسنا به كثيراً من حادثات الحكة برهان على صحة هذه النظرية الامراضية ومثله التوسلات على الاعصاب الاستحائية الباطنة (قطعا او كحولها) التي تكثر فيها الاليف الودية فهي دليل على سداد هذه النظرية .

ورجح ان الحكة تنجم عن اسباب مختلفة غير ان للودي في احداثها الدور البارز . اما المعالجة التي استعملها المؤلفان وثالا منها احسن النتائج خاصتها انها تعيد شاردة (ion) الفينيزوم الى البناء الكيميائي لاعصاب ذيل الحصان وتحمل على الظن بان بين شوارد الفينيزوم والكلسيوم في هذا المكان اختلافاً في التوازن مفضياً الى اثاره الحكة . لان حقن الوريد بجليكو كوكالت الكلسيوم في مريضتين كانتا محسنتا بعد المعالجة بالحقن العجزية اثار حكة جديدة شديدة .

ويستند المؤلفان ان الحكة الجبانية تناذر مرتبط باسباب مختلفة تستطيع ان تؤثر كسبب عام (انسداد جواني او راني ، اضطرابات الغدد الصم) في الودي اجمالاً او كسبب موضعي في الودي العجزية . والطريق الناقل لهذا الحس الاكلاني هو الودي العجزية الذي اختل توازن بنائه الحيوي الكيميائي بقص شاردة الفينيزوم فيه . فاذا حقن العجز بكبريتات الفينيزوم اقطع ذلك الطريق وزالت الحكة باقطاعه ، وعاد التوازن الحيوي الكيميائي بين الكلسيوم والفينيزوم في بناء الصب الودي . وهذان الصلان اللذان يقوم بهما الفينيزوم مستقل احدهما عن الآخر لان حقن العجز ياتوفوكاين الذي يقطع الاتصال العصبي قطعاً صريحاً اكثر من كبريتات الفينيزوم لا يفعل في الحكة . وقد بين ميلزير واوار في السنة ١٩٥٥ ان وضع كبريتات الفينيزوم على الجذع العصبي

يقطع الاتصال فيه حتى ان هذا العلاج يصف بمخاوص مخدرة اذا ما حقن الوريد به غير ان القدار المحدد قريب من المقدار الممت . وقد جرب كروفاليه قبل كل احد كبريتات المنيزيوم بطريق القناة الفقرية في معالجة الكزاز فكانت منه بعض النتائج . وجربه مارينيسكو في داء الرقص ونوب السهام العدية والصاب الوريكي بالطريق الفقاري ايضاً ولتذكر ان كبريتات المنيزيوم هي افضل علاج في سلس البول الطفلي حيث يشك في ان الودي الجزئي متحسن .

وسل مارينيسكو فل كبريتات المنيزيوم المسكن بنقل شاردة المنيزيوم التي قصت في بناء الاعصاب حيث اجريت الحقنة . وقد اختار المؤلفان بعد اختبار طويل محلولاً نسبته ٢٠ ٪ من كبريتات المنيزيوم النقية وليكن المحلول حديث التحضير ومعقماً بالتندلة (tyndallisation) يحقن الحلاء الجزئي بـ ٥ — ٦ سم من هذا المحلول . وهذا القدار كافٍ لتخفيف الحلاء حتى الناحية القطبية كما استنتج من الاختبارات على الجثة حيث حقن بخمسة سم من محلول زدة المائيلين المتوي، فيستخلص من هذا ان كبريتات المنيزيوم تبلغ اعصاب ذيل الحصان حيث الالياف الودية الجزية التي تشترك في تأليف الصغيرة الحلية .

ويستحسن حقن الحلاء بعد ادخال الابرة يستمر تمككها او ستمترين مكين من محلول النوفوكاين المتوي تخفيفاً للآلم الذي يحدته الحقن بكبريتات المنيزيوم ثم يحقن بمحلول المنيزيوم بعدها (٥ — ٦ سم) ويترك المريض على المنضدة زهاء ربع ساعة ربناً يكون السائل قد انقشر في القناة الجزية . وتعاد الحقنة كل ثلاثة ايام بالقدر نفسه وعدد الحقن تابع لشدة الحكمة وقدمها وهو في الغالب ٤ — ٥ حقن وقل ان يبلغ ٧ — ٨ حقن . فأخذ الحكمة في الحقنة وتحسن حالة المريضة المنويوتق بطيئها بعد ان تكون قد يئست من الشفاء لحية المالبجات الاخرى .

وقد شكك بعض الرياض سداً وألماً قطنياً أو ألماً في مكان الحقنة غير ان هذا عارض وسرح الزوال ، ولم تطرأ عوارض ذات بال بعد هذه الحقن واذا اختلفت الآراء في تمليل فل المنيزيوم فلا تختلف النتائج التي كانت حسنة ومدعاة الى الحث على استعمال هذه الطريقة الناجحة

معالجة الشلل الطفلي بكلورات البوتاس

استعملت كلورات البوتاس منذ مدة في معالجة الشلل الطفلي واليك طريقة استعمالها :
 يعطى المريض في اليوم عشرة ساتيفرامات كلورات لكل كيلو من وزنه وتذاب
 الكلورات في محلول وتعطى على ١٢ جرعة ليلاً نهاراً كل ساعتين جرعة
 فاذا كان وزن الطفل ١٥ كيلو غراماً يوصف له

كلورات البوتاس	١٠٥٠ غم
شراب	٤٠ د
ماء كوك	١٨٠ سم

واذا كان وزنه ٢٠ او ٢٥ او ٣٠ كيلو غراماً يعطى من الكلورات ٢ او ٢,٥٠ او ٣ غم واما كمية الماء والشراب فلا تبديل
ملاحظات ذات شأن :

- ١ — يجب الاسراع في المعالجة منذ اثبات التشخيص والفالج التي تكون قد بدأت تخف وتأخذ في الشفاء
- ٢ — اذا كان الطيب قد استدعي متأخراً واذا كانت العفونة شديدة تضاعف جرعة الكلورات في الساعات الاثني عشرة الاولى فيسقى المحلول كما كان يعطى الولد منه ملعقة كبيرة كل ساعة عوضاً عن الساعتين .
- ومضى حرت اثنتا عشرة ساعة يرجع الى ملعقة في كل ساعتين .
- ٣ — قد يتردد الصيدلي في تركيبة العلاج لارتفاع مقداره فلي الطيب ان يكتب مقدار الكلورات بالاحرف لا بالارقام
- ٤ — يلح الطيب المعالج على اهل المريض باستعمال العلاج بانتظام كل ساعتين ليلاً ونهاراً لان قطع العلاج كما ثبت الاختبار خطر العواقب .
- ٥ — يابر على العلاج ٥ — ٦ ايام ريثما تكون قد هبطت الحرارة الى الدرجة الطبيعية

استعمال طريقة نيني (Ninni) في تشخيص السل البولي

ان تلقيح القبحة بللّوادر المرضية هو خير الوسائل لكشف عصية كوخ في هذه اللواد غير ان محدوده الوحيد هو الوقت الطويل الذي يستلزمه . فان انتظار شهر او اكثر واجب قبل الضحية بالقبحة اذا لم تكن قد ماتت في خلال هذه المدة بآفة اخرى .

ويحقن نيني منذ السنة ١٩٣٩ بللّادة المشتبه بها عقداً الضيق اللثاويثان في القبة . وتقع هاتان القدتان الى جانبي الرغامى في منتصف المسافة بين القص والفك وحجمهما كحبة القمح . فبعد تطهير الجلد وشقه تكشف احدى هاتين القديتين وتحقن بآرة دقيقة بشري السم^٣ او ثلاثة اعشاره من المادّة المشتبه بها ثم تطمر القدة في الشحم وخلق الجرح بمخلب او غلّبي ميشال . فيشفى الجرح في خلال ٤ ٦ ايام بلا اختلاطات . وبعد ان تمر ٨ - ١٥ يوماً على التلقيح والافضل عشرة ايام تكشف القدة ثانية وتستخرج ويقتش فيها عن عصية كوخ

ولهذه الطريقة السهولة عدة حسنات :

- ١ - يحقن النسيج اللثاوي مباشرة بعصية كوخ التي تحب هذا النسيج .
- ٢ - تصفى المادّة من الجراثيم الاخرى لتتلب عصية كوخ فيها حتى ان الغفوة الثانية قد لا تحدث

٣ - كلما ماتت الجراثيم المرافقة اسرع نمو عصية كوخ حتى ان التلقيح يصبح بمثابة مستنبت لهذه العصية

٤ - الطريقة حساسة حتى ان الحقن بقليل من المادّة المشتبه بها كاف لكشف عصية كوخ ولو كانت هذه العصية خفيفة كما في الذئبة .

٥ - واكبر حسنة لهذه الطريقة سرعتها . وقد استعملها اوفيني في كشف عصية كوخ في البول . فكانت خير وسيلة في تشخيص سل الجهاز البولي

درس اختباري عن دوران الاطراف المبيض

ان الغاية التي ترمي اليها في يومنا المعالجة الصائفة للاطراف متى طرأ عليها اضطراب سببه انسداد الشرايين هي اتمام الدوران المبيض .

وقد جاءت ثلاث من الطرق الجراحية المستعملة في معالجة التهابات الشرايين بالبرهان الدامع على فائدتها : قطع الكظر الذي اشار به اويل في التهاب الشرايين الشمية الحثري تخفيفاً لفعل الادرنالين القابض للمروق ، وقطع الودي حول الشريان القطبي ، وقطع الشريان الذي يحمل فصلاً مستقلاً بتنشيطه الدوران التقاغري .

وقد بنت تحريات ليريش وفوتان وستريك وغيرهم واعمال ادسون السريعة والاختبارية ان استعمال هذه الطرائق في المعالجة مستطاع .

فقد اقترح ليريش مؤخرأ تخضيب الودي القطبي بالتوفوكاين لاختبار نتيجة قطع الودي حول الشريان والاستماضة به عن استعمال السلسلة القطنية كما بدت هذه العملية خطيرة . ويستعمل هذا التخضيب في التناذرات الشريانية ولا سيما متى لم يكن قطع الودي حول الشريان جائزاً (في المرضى المسنين ، والمزادة بولة دماهم ، والسكرين ، والنفضجين والمقلوبين) سواء اكان وحده او اشرك مع توسطات اخرى .

ويشير ليريش في بعض من المرضى اشراك العمليات الودية مع التخضيب بالتوفوكاين وحسن الشريان به .

وقد استعملت اختبارات في معالجة التهاب الاوعية الشمية الحثري لتحسين الدوران في الاطراف بقطع الاعصاب الحشوية او بقطع هذه الاعصاب واستئصال العقدة القطنية الاولى (ليريش)

وقد جرب بالاختبار باويرا ورودرغ وكارفالهو الذي تنقل عنهم هذا البحث فعل هذه الطرائق المختلفة التي ترمي جيبها الى تحسين الدوران في الاطراف . فاجروا في الكلب اربع سلاسل من الاختبارات ، فبعد ان سدوا الشرايين المتخذة السطحية اتروا

في دوران الاطراف الميض بغلهم في الودي القطعي او بحقنهم الشريان بالتوفوكاين او بقطع الاعصاب الحشوية وقد استعملوا في درس تبدلات الشرايين التالية لهذه العمليات طريقة رسم الشرايين .

١ — قطع القديتين الاولى والثانية القطنيتين اليسراوين : بد ان سدّ المختبرون الشرايين الفخذيين السطحين بربطهما في عدة أماكن منذ منشل الشريان الفخذي العميق حتى منشل الصافن قطعوا القديتين الاولى والثانية الوديتين القطنيتين اليسراوين وتزعوا ايضاً الحبل المتعرض بين هاتين القديتين . وقد درس قبل هذا التوسط في الدوران الميض التكون بعد سدّ الشريان الفخذي السطحي واوضح برسم شرايين الطرفين الحلفين .

فبعد ان مرت ٤٥ دقيقة على قطع القديتين القطنيتين تحقق ان الدوران الميض في الطرف المضوع أخذ في التموثم في الشدة ساعة فساعة . وبدا تفاوت يذكر بعد ساعتين بين عدد شرايين اطرف الذي لم يضع وحجمها وشرايين الطرف المضوع . وبعد انقضاء ثلاثين ساعة كان الفرق جسيماً في الدوران الميض ليس بين الطرف السليم والطرف المضوع فحسب بل بين ما حدث في الساعة الاولى وما تمّ في الساعة الثلاثين في الطرف المضوع نفسه . فان بين الفروع الاتهائية للشريان الفخذي العميق والشريان الحثلي وفروع الشريان المأبضي تكونت شبكة وعائية مؤلفة من اوعية دقيقة سائرة في اتجاه محور الفخذ . وبعد انقضاء ستة عشر يوماً تحقق ان عدد اوعية الدوران الميض لم تتبدل في الطرف المضوع وان قطر بعض من الاوعية الميضة قد ازداد فكان همزة وصل بين الفروع الاتهائية لشرايين جذد الفخذ والفروع الميضة للشرايين المأبضي والغنبيوي .

٢ — تخصيب القديتين القطنيتين الاولى والثانية بالتوفوكاين : خضب المؤلفون في اختبارهم الثاني القديتين القطنيتين الاولى والثانية اليسراوين بالتوفوكاين فحقنوا القديتين نفسيهما والنسيج الضام المحيط بهما بمحلول مئوي من التوفوكاين بعد ان ربطوا في عدة اماكن الشرايين الفخذية السطحية كما في الاختبار الاول . وراقبوا الحيوان بعد انقضاء ٤٥ دقيقة على هذا العمل وطيلة ١٦ يوماً ، فلم يبد برسم الشرايين اقل فرق بين في الدوران الميض بين الطرف السليم والطرف المحضبة عقده غير ان بعض الفرق بدا بعد مرور ساعة على التخصيب واتضح الفرق منذ الساعة الثانية حتى الساعة السادسة وازداد وضوحاً

بمرور الوقت وفي اليوم السادس عشر كان الفرق بين الدوران المبيض في الجهة الخشبية والدوران المبيض في الجهة التي لم تختبئ .

٣ - حقن الشريان بالتوفوكاين : راقب المؤلفون الحيوان طيلة ثلاثة وثلاثين يوماً بعد حقن شريانه بالتوفوكاين وتحققوا برسم الشرايين قبل التوفوكاين الموسع للاوعية فوق قطعة الشريان مربوط ومنشأ القروح المبيضة .

بعد ان ربطوا الشرايين الفخذية السطحية في عدة اماكن حقنوا منشأ الشريان الحرقفي الظاهر الايسر بخمسة الى عشرة سم ٣ من محلول مئوي من التوفوكاين وسنموا عدة رسوم بعد مرور ساعة على الحقن حتى اليوم الثالث والثلاثين فثبت لهم ان الدوران المبيض لم يتبدل بعد انقضاء ساعة حتى بعد انقضاء ٣٣ يوماً .

٤ - قطع الصين الحشويين في جهة واحدة : قطع المؤلفون في ١٩ جواناً الصين الحشويين الكبير والصغير الايسرين بعد ان ربطوا الشرايين الفخذية السطحية في الطرفين ودرسوا برسم الشرايين نمو الدوران الشرياني المحنت طيلة المدة منذ انقضاء ٤٥ دقيقة حتى احد عشر شهراً ونصف الشهر والبكم الناتج :

لم يظهر فرق واضح في نمو الدوران المبيض بين الجهة السليمة والجهة المقطوع عصابها الحشويين كما استنتج من فحوص الرسوم التي اخذت في اوقات مختلفة منذ الدقائق الاولى حتى الشهر الحادي عشر والنصف فيستخلص من هذا ان قطع الصين الحشويين لا يؤثر اقل تأثير في انماء الدوران المبيض في الطرفين الخلفيين . وربما نما الدوران المبيض في الجهتين معاً في هذه الحيوانات فلم يبدُ فرق واضح بعد قطع الاعصاب الحشوية .

٥ - مقابلة هذه الطرق الاربع السابقة المختلفة (قطع الودي حول الشريان القطني وتختبئ القطني بالتوفوكاين ، وحقن الشريان بالتوفوكاين ، وقطع الصين الحشويين) في انماء الدوران المبيض في الاطراف :

بعد ان تربط الشرايين الفخذية السطحية في اماكن عديدة وتستأصل البقتان الاولى والثانية الوديتان القظيتان او تختبئان بالتوفوكاين يبدو بعد التوسط ساعة في الطرف المقابل للجهة المبضوع دوران مبيض اوفر من الطرف المقابل . بيد ان حقن الشريان الحرقفي الظاهر الايسر بالتوفوكاين او قطع الصين الحشويين لم يغض الى اقل تبديل في الدوران المبيض .

وزداد الدوران المبيض وضوحاً بعد ساعة ونصف الساعة او ساعتين من التوسط على القديتين الحرقيتين . يد ان ازدياد الدوران لا يسكاد يفضح في خلال هذه المدة بعد حقن الشريان بالتوفوكاين او قطع الحصىين الحشويين وبعد انقضاء ست ساعات يصبح الدوران المبيض بعد استئصال القديتين اكثر منه بعد تخفيضيهما . ولا يسكاد يزداد الدوران بعد حقن الشريان بالتوفوكاين او قطع الحصىين الحشويين . وكما مرّ الوقت وبعد ان تأتى الساعة الثلاثون يزداد ما ذكرناه وضوحاً وكذلك القول بعد مرور ستة عشر يوماً حتى احد عشر شهراً ونصف الشهر .

النتيجة

- ١ - ان استئصال القديتين القطنيتين هو انجح العمليات في انماء الدوران المبيض في الطرفين السفليين .
- ٢ - ان تخضيب القديتين بالتوفوكاين يبادل فله استئصال هاتين القديتين في الساعات الاولى غير ان الاستئصال يفوق التخضيب بعدئذ .
- ٣ - ان حقن الشريان بالتوفوكاين قد يحدث في بعض من الحوادث ازدياداً قليلاً في الدوران المبيض غير انه في الغالب لا يحدث اقل تبديل
- ٤ - ان قطع الحصىين الحشويين لا يفضي الى اقل تبديل في دوران الطرفين السفليين المبيض

٢٠٥ خ .

الجمعية الطبية الجراحية في دمشق

جلسة الثلاثاء ١٢ كانون الاول ١٩٣٩

عقدت الجمعية الطبية الجراحية جلستها العامة وبعد قراءة محضر الجلسة السابقة قرأ
خازن الجمعية العليم شوكة القنواقي تقريره عن واردات الجمعية ونفقاتها في السنة الماضية
وهذا نصه :

تقرير الخازن

كان في صندوق الجمعية في نهاية السنة ١٩٣٨ (٥٠٤) ليرات سورية و (٤٢) قرشاً
سورياً ، وزيد عليه في خلال السنة ١٩٣٩ (٥٢) ليرة سورية لقاء (٢٥) بدل اشتراك
ورسم اتساق واحد ، فاصبح مافي الصندوق حتى ١٢ كانون الاول من السنة ١٩٣٩ (٥٥٦)
ليرة سورية و (٤٢) قرشاً سورياً ، وقد دفع من اصل هذا المبلغ (١٥) ليرة سورية الى موزع
الجمعية السيد توفيق شاكر لقاء توزيع المحابر عن السنة الحالية فاصبح المبلغ الباقي في
الصندوق (٥٤١) ليرة سورية و (٤٢) قرشاً سورياً .

تم نهض امين السر العام بالوكالة العليم جمال الدين نصار لتسيب امين السر العام العليم شاو
والتي التقرير السنوي عن اعمال الجمعية في خلال السنة للتصرفة وهذا نصه :

تقرير امين السر المعاون

سادتي الاعزاء

لقد قضت الظروف المألمة الحاضرة ان انوب عن صديقي الدكتور شاو بالقاء الكلمة
التي اعتاد السكرتير العام ان يلقيها على حضراتكم في كل سنة. ولكن اني لي فصاحتهم وحسن
بيانه وسرعة خاطره ، هذه الواهب التي حرمتنا منها هذه الحرب كما حرمتنا مواهب كثير

من رفاقة الذين كانوا يسدون الى هذه الجمعية اكبر الخدم واسماها .
فاليه والى زملائهم ورفاقه الذين يناضلون في سبيل الحرية والانسانية ابث بتقديرى
واعجابى واحترامى

سادتي : يسرني جداً ان ابين لكم ان جميعتنا كانت في هذا العام الذي نشيعه اليوم
مثالا ناطقاً للهمة والنشاط وقد كان دأب اعضائها وديندهم انتقاء للمواضيع المفيدة القيمة ،
التي تجعل للجمعية مركزاً علمياً محترماً

فقد قسم في القسم الجراحي : حادثة التهاب وريد ازرق ، وثلاث مشاهدات في جراحة
الاعصاب ، وحادثة جرح صدري بعطنى بمرم نظري ، والتهاب المشكلة الحاد النزفي والجليل ،
وخراج الكبد وكيس مائي ، ومعالجة جراحة لكسر تالدي في نهاية الضند السفلي ، وحول
تثبيت المدة ، وحشيات المثانة في الرضع ، والتهاب يحيط الاحشاء اللاسق ، وقولون متحرك ،
وكيف ينظرون اليوم الى كيسات الركبة القرصية

وفي قسم الامراض الباطنة : حادثة سهام وتناذر آران دوشان ، وبعض تمحيات عن
الوراثية ، وعيلة مصابين بآفات عضلية ، وحادثة رئية مفصلية مزمنة تحسنت بنزع نظيريات
الغدة ، وحادث تسرب الهواء الى النسيج الخلوي في انتفاخ الرئة ، ويلة كلسية سببها
افراط تناول المحرض D ، وهذيان الغيرة مع مداواته الناجمة بالكارديازول

وفي قسم الاختصاص : حادثة هرع في عقب شفع ثلثي عن شلل العصب الاشتياقي
المحسب للعضلة المتحرقة الكبيرة للعين اليسرى ، وحادث اثنان عام في عقب بند صناعي
وحادث تمزق رحمي في اثناء المخاض . وقد ككنا نود لو كانت الملاقة التي ذر قرنها
بين جميعتنا وجعية يروث الطيبة امكن واشد ولو ككنا على اتصال اوسع بالجميعات الطيبة
السورية الاخرى التي تجمعنا وايها غاية واحدة هي انهاض الطب ونشر الثقافة وقد نظرت
الجمعية في كثير من الأمور الادارية وطلبات الانتساب فأقرت ما وافق برانجها ورفضت
ما خالفه .

سادتي : لي امنية بسيطة اقدم بها نحو زملائي ذوي الاختصاص بالشعب المختلفة فاني
ارجو منهم ان يكون عدد مشاهداتهم اكثر مما قدم في السنة الماضية وان يجاروا شعبي
الجراحة والطب في هذا الباب ثلاثي الجمعية بالفقر من هذه الابحاث الهامة في العام

المقبل وليس ذلك عليهم جزر .

وختاماً اشكر حضرة الرئيس الذي كانت تسير الاعمال بفضل اشرافه احسن السير
وزملائي الذين كان لمساعدتهم واندفاعهم وتشجيعهم اكبر الاثر في تسهيل هذه المهمة
الشاقة والسلام عليكم .

وعقبه على الاثر رئيس الجمعية المقيم منيف المائدي فلفظ الخطاب التالي :

خطاب رئيس الجمعية السابق

زملائي الاكابر :

في هذا اليوم تقضي جمعيتنا الطبية الجراحية سنيتها الخامسة وتستقبل عامها السادس ،
هذا العام الذي يختلف عن الاعوام السابقة بالنظر لما يقوم في العالم من ويلات وشروء
فالي استقبال هذا العام بمرارة وعزم ادعو خدام الانسانية الامناء الى تخفيف ويلاتهم ومضاعفة
الجهود وبذل اقصاها لتخفيف ويلات البائسين ورحمة المساكين .

ايها السادة ان جمعيتنا التي غايتها خدمة العلم والانسانية والتي هي وحدة بمرامها
يترتب عليها القيام بقسط وافر من الاعمال التي تخفف هذه المصائب وانه ليصب عليها
الاكتفاء بخدماتها الطبية . بل يجب عليها توسيع افعها فتقوم بخدمات اجتماعية انسانية
واسمة فحدث لها فروعاً في مختلف البلدان السورية لتخدم الناية نفسها وتتكاف جيعها
لدرء الخطر المداهم لبلداتنا العزيزة وما أكثر ما اتنى لو عاجل زملائي الكرام المواضيع
التي تناسب كثيراً الوضع الحاضر وعدم الاكتفاء بنشرها في مجلة للمد الطبي بل في
مختلف الطرق فتسدي بذلك خدمات كبيرة ترى ان من واجبنها القيام بها

سادتي، ان هذه الاعمال التي ارجو القيام بها ليست بالاعمال الطيبة على جبهة فيها
امهر اطباءنا واقدروهم على القيام بمشاريع كبيرة كهذه ومما يحلنا اكثر ثقة واثماناً
بتحقيقها هو ما يعرفه كل منا من شدة مراسد رئيسها اللقلام الاستاذ خاطر يساعده الصيرون
الذين يؤازرهم يقومون بما ترغبون فيه وقل ان اختم كتي هذه اممحوالي سادتي بشكركم

جميعاً على مؤازرتي طيلة السنة الفائرة وان اشكر رجال المكتب الذين كان لجهودهم اكبر الأثر في تسهيل مهمتي وارسل تحية الى اخواني الذين اشتركوا في اعمال جمعيتنا هذه وكانوا غائبين عنا والسلام عليكم

ثم انتخب اعضاء الادارة بالاقتراع السري فكانت النتيجة ما يلي :

الرئيس العليم مرشد خاطر

نائب الرئيس » ترايو

امين السر العام » شارل

معاونتا امين السر » عزة مريدن

» منير السادات

امين الرائد » عبد النبي المحمدي

واتصّب اخيراً الرئيس الجديد العليم مرشد خاطر فالتى الكلمة التالية :

ايها السادة

لم تكن لنظان ان جلستنا السنوية مستعد ، والحرب مستمرة الأوار ، بل كنا نؤمل ان السلام سيطر مرفراً بمجناحيه على العالم .

لقد اثبتت التجربة ان العلم والاضطراب لا يجتمعان لان العقل لا يستطيع استخدام قواه الا اذا طمأننت النفس وتبددت الهواجس . والجمعية الطبية ، وقد تألفت من افراد تربطهم بالبيئة التي يعيشون فيها روابط وثيقة ، لا تقوم بمهمتها حق القيام الا اذا ساد الأمن حولها وهدأت خواطر افرادها ولا سيما ما كان منها بجمعيتنا التي تألفت عقدها من اعضاء محتلي الجنسيات والمواطنين ، من افراد على الرغم من تباين مشاربهم وعاداتهم قد اتفقت كلمتهم على رفع مستوى الطب واعلاء شأنه في هذا القطر .

غير اننا ، والجهر بالحقيقة واجب ، لم نشعر حتى الآن بفضل الجيوش الفرنسية التي وطدت الامن وجعلت من هذه البلاد مقلاً مئياً ، بوطأة هذه الحرب التي يمتد سميها من مكان الى آخر . وانا لارجو بقاء هذه الحالة فتسمع اذاتنا باخبار الحرب وعبوتنا بعيدة عن رؤية وبلانها .

واذا اجمعنا ، والحالة كما ذكرت ، ووقفنا اعمال جمعيتنا والسلام لا يزال نحيا على ارجائنا والسكون لا يتأ مرفراً على نفوسنا نكون قد اسأنا الى العلم والى الجمعية التي عهد الينا بإدارة شؤونها

واذا كان صحيحاً قول الشاعر العربي « مصائب قوم عند قوم فوائد » حق لنا ان تمثل به في مثل هذه الايام الصعبة على ممالك اوربة وان نستفيد من مصائب هذه الحرب التي حولت الينا تياراً من العلم والثقافة . فقد بث الينا التجنيد العام في فرنسا بطاء اعلام كانوا منذ شهور قليلة خلت يشغلون في معاهدها ومستشفياتها أعلى المناصب الطبية وارفع الراتب الثقافية . فلنستفد من علمهم الجلم واختبارهم الكبير ولنسألهم ان يتفضلوا بحضور اجتماعاتنا فتزدهر جلساتنا بمعارفهم وترتوي بفيض معلوماتهم وتكتسب منهم روثاً كادت الحرب تذهب به وتأتي عليه .

وقبل ان استلم مقاليد الرئاسة التي شئت لطفاً منكم وكرماً ان تسندوها الي اسمحوا لي ان اوجه الى كل منكم ايها الزملاء الكرام اخلص عواطف شكري وقائق امتناني واني اشكر بالنيابة عنكم وبالإصالة عن نفسي رئيسنا السابق الاستاذ منيف بك الهادي الذي ادار محكمة فائقة وسداد نادر جلسات جمعيتنا طيلة السنة الماضية وكان لنا مثلاً يقتدى في الدقة وحسن الادارة .

وليزهد شكري واعجابي ايضاً من هذه القاعة على اجنحة الاثير الى امين سرنا العام الدكتور شايو الذي دعاء واجب الوطن قلباً طائماً قبل اقضاء مهمته عندنا ورحم جمعيتنا بمارجده وتوقد ذكائه .

وارجو الآن من اعضاء الادارة الجند ان يأخذوا مناصبهم وارفع اليهم التهنئات الحارة بالقة التي وضعا زملاؤنا الكرام بهم والسلام عليكم سادتي

التقليد

٢.

للعلیم عارف صدقي الطرقي

مساعد في المعهد الطبي العربي

وخريج مؤسسة الطب الشرعي والأمراض النفسية

٢ — المبالغة

يقول التقليد الطبيعي الإرادي الذي كاه تصنع واختلاق، والتقليد المرضي النفسي الذي كله مرض ، حالة وسطى تراوح بين الأول والثاني وتجمع بينهما بنسبة تزيد حتى يصبح صاحبها مقلداً مدعياً أو تنقص حتى يعد مريضاً حقيقياً . هذه الحالة هي حالة المبالغين .

المبالغة برفها الأطباء في مرضاهم دون أن يكون لهؤلاء المرضى غاية أو منفعة مادية يرمون إليها . فمن حين إلى آخر يصادفون مريضاً ، اصطالحوا على تسميته حساساً ، يكبر مصابه ويحبل الحبة فبه فيدعي أن كل عضو من أعضائه يؤله ، ويتوجع لكل مس أو جس . ومن المرضى من يفعل هذا عفواً . ومنهم من يبالغ في اظهار أله واصابته لقصد غاية حل الطبيب على إيمان خصه .

ولكن أطباء الشرع والأطباء الخبراء يشاهدون نوعاً آخر من المبالغة هو المبالغة المفرضة التي يصطنعها المفحوص ليجرّ لنفسه منناً أو يوقع خصمه في غم . وهذه المبالغة على أشكال : فمنها المبالغة المقصودة التي يمد إليها المفحوص دون دخل لامل مرضي تخلفها فيه ، ومنها المبالغة غير المقصودة التي تسببها حالة هرجية (هستيرية) مرضية ، ومنها المبالغة المقصودة التي يشوبها عنصر مرضي فهي غرض ومرض .

(١) والمبالغة المقصودة غير المرضية هي أكثر ما يتلى به أطباء الشرع ، فليس على للمفحوص المفرض الذي تتأكل كبده حرقه على خصمه أسهل من تعظيم أصابته والأغراق

في وصف آلامه. والذي من هؤلاء من يحسن الحثال والمخادعة وتصب الطبيب الفاحص كثيراً وقد لا يتنبه الطبيب لحداذه أو يسجز عن اثبات تصنعه ولو لم تتفق الاعراض الشخصية التي يدعيها مع الاعراض السريرة والاختبارات المخبرية . وما أكثر الافات التي تترامى باعراض شخصية يمانها المصاب قبل ان تتجلى بشكل سريري واضح ، فهذه الآلام " حة التي تسببها اورام عصبية اسفر من ان يدركها الاستقصاء ، وهذه التفتنات التي تولدها بمايا غبار معدنية ادق من ان تكشفها الاشعة . وهذه صدمقرضية لا تترك اثرأ في الجلد او العظم ، ان هذه وامثالها تحمل الطبيب ذا الوجدان الحي المحترم لنفسه ولحقوق غيره ، في حيرة كلما عرض له مصاب شكواه تمدى ظواهر اصابتة .

والحق ان الامر اعسر من ان يثبت على ما يرضي الحقيقة دوماً ، والا فن ابن لنا التأكد من شدة ألم او اي ظاهرة نفسية اخرى ؟ زد على هذا ان هذه المشاعر تختلف عادة من شخص الى آخر ، فبينا نجد احدهم يصرخ ويتألم ، ويندب ويشكو ، لاقل الاسباب ، نجد آخر يثبت الجبل وهنؤ البطل ، تأله انين وشكواه صبر وكلام قليل ، قد عطفوه في الصغر ان كثرة الشكوى تزي ، ولا تليق بالرجال . وحيرة اطباء الشرع والخبراء في هذا وفي ذاك سواء .

(٢) واما المبالغة المرضية فلنا في الهرع الرضي مثال عليه مشهور : عامل ذو ثقافة محدودة وميل الى نفخ الكلام . يصاب برض في كتفه ، هذا الرض كفي بشدته ليحدث كدمة ظاهرة وليلود ألمأ يحمد من حركة الطرف المصاب عدة ايام ، ولكنه لا يحدث آفات دائمة ولا تغيرات تشرحجة تؤثر في مستقبل الضو المرضوض . تمضي ايام وتبها اخرى وكل آثار الرض السريرة قد زالت ، وكان العرف الطبي يقضي على مصابتا بان يشفى ، ولكنه لم يشف ، ولكنه لا يزال يمسك طرفه ويتألم ، واذا صاحنا كأنه في يوم رضه الاول يشكو ما كان يشكو . وبالتحقيق وبالتدقيق تأكد ان المصاب لا يصطنع الألم ولا يتكلف تحديد حركة طرفه وانما هو صادق في كل ما يقوله ويشعر به وتبين ان نوعاً من الإجهاء الذاتي قد اثر في قرارة نفسه فجعله يشكو وصنع منه مريضاً ابداً .

هذا النوع من المبالغة المرضية يعرفه اطباء الشرع وغير اطباء الشرع وليس تشخيصه

على الطبيب المدقق ببرز .

(٣) وأما النوع الاخير من المبالغة فهو ما يتضافر فيه الغرض والمرض .
واليك مثالا لايضاحه :

ماراً داهمت سيارة فصرعته ، فقام بغض النبار عنه وذهوله أكبر من أله . مضت ساعة سكن فيها روعه واخذ يعود الى نفسه وهو يفكر في الخطر العظيم الذي نجا منه بفضل الاقدار . ثم ساوره الشعور باحساسات مختلفة ، صداع خفيف وحس تعب غامض . . فذهب الى البيت حيث تهافت عليه اهله وجيرانه يسألونه عن حادثته الخفيفة وعن الخطر الكبير الذي كاد يودي به . هذا يسأله عما اذا كانت دواليب السيارة تركت فيه اثرأ ، وذلك يروي حادثة مشابهة لا يزال غريماً يائي آلامها . . ولا يحتاج صاحبنا ، اذا كان مسناً او ضعيف النفس او فيه بعض سوابق ألية او تشوشات هضمية الى اكثر من ذلك ليشر بالآلام تظهر في جميع أنحاء جسده .

ويأتي دور الطبيب الشرعي الذي سيعين مقدار الاصابة والتعويض الذي يدفعه صاحب السيارة . واذا به مبلغ ضئيل لاناسب بنظر المدعوس الروح الذي اصابه ولا يقوم بنفقات تطييبه ، فيحتاج على هذه العامة . . وتصحونه باستئناف فحصه من قبل اطباء آخرين . . . وتصبح هذه الحادثة شغله وشغل اهله الشاغل ، وكلما الح بطلب انصافه والتعويض عليه الحت الموارض المرضية المختلفة بالظهور فيه ، فهو لا يزال فقط في وصف هذه الاعراض التي شر بها عقب الصدمة بل ان الصدمة حركت فيه كامن الامراض فاصبح مسرحاً لكثير منها بل اضحى قليل المقاومة وتبدل شخصاً آخر لا يقوى على شيء ، واهل بيته وذويه ، واهتمامهم بالتعويض المنشود ليس اقل من اهتمامه ، يطلون هذا ويشهدون عليه ويكررونه في كل يوم للنادي والرائع .

وتنضي ايام وصاحبنا لم ينصف في اعتقاده ، فاذا هو في طور جديد يهدد ويتوعد بعد ان اعياء التطلب . ولسوء الحظ كثيراً ما شوهد وقوع امثال هؤلاء في الجرائم قبل ان يشفوا بها . . .

فالصاحب كما رأينا يمر بطوار مختلفة فينتقل من الرض الى الذهول فالإحباط النفسي او الخارجي فالى التقليد وينتهي بالتشوش النفسي والتطلب ثم بالوعيد والتهديد .

وأطباء الشرع ومن يوكل اليهم امراضهم امثال هؤلاء المصابين يختلفون كل الاختلاف في الحكم عليهم ، فبعضهم يراهم متصنين قد طنى غرضهم على المرض فهم مستحقون بنظره كل شدة في الحكم والمعاملة ، وبعض آخر يراهم مرضى معذورين ، ويقول ان الامور بنائها وصحيح ان الرغبة في التوبىض لها اثرها في حالة المصاب ، ولكنه صحيح ايضاً ان هذا الرغبة تحولت مع الظروف والزمن الى عامل مرضي نفسي هو الذي يصبغ هؤلاء بصبته القاهرة فعاملتهم بالحسن اولى واعدل ،

وأي النظرتين كانت احق فقد ثبت ثبوتاً لا مرية فيه ، ان التسجيل في صرف التوبىض للمصاب وحسم قضيته بصورة لا تقبل المراجعة ولا يطمع منها زيادة خير ما يعمل لشفائه اللهم اذا بودر الى ذلك قبل ان يستفحل الداء ويستعصي على كل دواء .

٣ - التقليد المرضي

هنا ننقل الى عالم جديد اكثر المصابين به ضفاء العقول ومقهورون به مسترون واصحاب مزاج وجداني (constitution émotive) ومتطلبون (revendicateurs). ولا تتسع هذه الكلمة للوقوف عند كل من هؤلاء المرضى ، فهم فوج الامراض النفسية وليسوا مقصودين بالذات في بحثنا .

(١) وقد رأينا في المثال السابق حالة المتطلب .

(٢) اما الهيستريا فالتقليد فيها منذ شركو ومدرسته معروف . واليوم بعد بحوث بانسكي التي ابدتها عن زمرة الامراض العصبية واعادتها الى حظيرة الامراض العقلية زادت العلاقة بين الهيستريا والتقليد وضوحاً بل كاد يكون التقليد احد معاني الهيستريا وها هو الحد الحديث للهيستريا يطن ذلك : الهيستريا حالة مرضية خاصة تصنف باضطرابات اولية تمكّن تسميتها بالأعراض الاصلية (كالفلوج والتفقات والتوب الاختلاجية و ..) ، وباضطرابات ثانوية هي الاعراض اللاحقة (كالحمى وتغيرات مقياس الضغط والبرودة الوضعية و ..) ، والذي يميز الاعراض الاصلية هو امكان ظهورها بالانحاء وزوالها بالاقناع ، اما الاعراض اللاحقة فتربط ارتباطاً وثيقاً بالاولى ولكن الانحاء والاقناع لا يقويان مباشرة على خلقها او ازالها . وتظهر من هذا الحد ان الانحاء هو

العامل الاول في الهيستريا . والايحاء والتقليد متلازمان ، ومن قال ايحاء قال تقليداً .
 (٣) وقبل ختام الكلام نقول لهؤلاء المرضى بقولهم ، التألين من الحياة واهلها
 للضائيق ذعاً بانفسهم ومحيطهم ان تربية الاطفال ورجولة الرجال تقاس بالقعدة على كبت
 المشاعر والمواطف ، فالحب والبغض ، والفرح والحزن ، والنضب والرضى ، والامل
 والقنوط ، وكذا الخوف والالام ينبغي ان تكون بمقدار . ولكن ما الحيلة في نفر من الناس
 قد لا يخلو محيط منهم وليست وطأنهم على غير الاطباء باخف من وطأنهم على الاطباء ،
 حبهم جنون فاضح ، وحزنهم خود قاتل ، وغضبهم هياج لا بدع ولا يند .

هذه طبعة الافراط الوجداني يعرف صاحبها بحمرة الحجل وصفرة الوجه ،
 يرتبك لسانه وضغني رأسه حياء ، ويخف حلقه وضيق صدره ويتصبب
 عرقاً لآفته الاسباب ، يخجل ، يمتنع الجماعات ويحذر المعاشرة ، اذا كلم في امر حار في
 الجواب فيظنه مخاطبه عديم خبرة او قليل ذكاء . غضوب ، سرعان ما يشتاط غيظاً
 ولكن ما اسرع ما يعود الى نفسه اسفاً ، لجوج ، لا يعرف الهوادة في طلب ولا اللين في
 مسي ، لا يثق بغير نفسه ويتولى جميع امره ، حياته ملائى بالحياة فلا يفتأ يسمى الى
 الانفلات من نحبها ومتاعها .

هذه طبعة معروفة يمضي صاحبها مشغولاً بنفسه تائهاً في حديثه وتخمينه ، واذا بمحادثة
 فجائي يصيبه او خبر أليم يطرق بسمه ، فما كان حتى اليوم طبعة واستعداداً اهلب مرضاً ،
 وما كان مزاجاً اصبح حالة نفسية مرضية تضر صاحبها وتقوده بسف وجبروت . عندئذ
 وفي هذا الطور ، يظن بصاحبنا التصنع والتقليد فيما يدعي وفيما يشكي ، وما هو منها
 في شيء ، ان هو الا مريض حقاً ، يقول صدقاً ، ويعبر بقناعة واخلاص عما يخامر نفسه
 من احساس .

اذكر بالأم ولوعة قصة صديق منكود : عرفته للمرة الاولى في المدرسة الابتدائية كما
 عرفه غيري هادئاً ساكناً لا يشترك في جد ولا في هزال ، واجتمعت به ثانية في فرسة
 ولم تكن دراستي دأسته ولكن سكتائي كانت قرب سكتاه فلاحظت فيه ميلاً الى الانفراد
 وممتم سائر اخوانه يشكون إعراضه وجوجه مما هو غير مألوف بين الغرب والغريب .
 مضت شهور على هذا ، ثم ادهشتني زيارته المتوالية عشية وضحاها ، وزالت دهشتي

المستحضرات الاربعة الفنية بالحلبة (Fenugree)

١ - **يوتريغون الزرنيخي** : هو سائل مركب من :
(Biotrignon A) خلاصة الحلبة السائلة المديعة الرائحة والارقال والمغنيثا

٢ - **يوتريغون الكلبي** : هو سائل مركب من :
(Biotrignon C) خلاصة الحلبة السائلة المديعة الرائحة وكلورود الكليسيوم

٣ **مليس يوتريغون** : هو سائل مركب من :
خلاصة الحلبة الجافة المديعة الرائحة ، خلاصات الفندس ، فوسفات الكلس

الاستطابات :

يوتريغون (ز) : الضف الصام ، فقر الدم ، ضخامة المقد التنفاوية ، الارضاح ، الهزال ، والح .

يوتريغون (ك) والمليس : الادواء نفسها وعلاوة عليها السل الرثوي

المقادير : المركب السائل للكهول ملقعة كيفة ٣ مرات في اليوم

للارولاد ملقعة قهوة ٣ مرات في اليوم

للكهول حبتان قبل كل طعام

للارولاد حبة قبل كل طعام

المليس

٤ - **كاربوترغون مجيب**

(Carbotrignon granulé)

هو اليوتريغون الكلبي

مستعمل في التهابات الامعاء والكبد وفي البرداء المزمنة وقصور الكبد ورمال المرارة

والانسهامات الذاتية والتهابات الامعاء وهو خير مساعد ليام فيثي الحديثة

جرعته : ٢ - ٤ ملاعق قهوة قبل الطعام

مستودعه في سورية ولبنان : مكتب الدعاية الطبية

قولا م. - جرداوي

٥١ السوق الجديدة - دمشق

المياه المعدنية الطبيعية

فَيْتَلْ

الينبوع الكبير

لشفاء من النفرس - بحصى - المزاج المفصل

وهي شراب الصابين بالقنية الفعالية

الينبوع المالح

لشفاء من القبض واحتقان الكبد والحالات الكبدية
وهي شراب الصابين بالعوارص الكبدية

EAUX MINÉRALES NATURELLES

GRANDE
SOURCE

SOURCE
HEPAR

VOIES URINAIRES • VOIES URINAIRES
VOIES URINAIRES • VOIES URINAIRES
VOIES URINAIRES • VOIES URINAIRES
VOIES URINAIRES • VOIES URINAIRES
VOIES URINAIRES • VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES • VOIES BILIAIRES
VOIES BILIAIRES • VOIES BILIAIRES
VOIES BILIAIRES • VOIES BILIAIRES

Envoi gratuit de toute documentation sur simple demande à la SOCIÉTÉ de MÉDECINE de Vittel.

Service

à VITTEL (Vosges)

Société Générale des Eaux Minérales de Vittel

Vittel (Vosges) France

حينما علمت من تلويحه ثم من تصريحه انه كان يركب رأسه ويرخي لنفسه الشان بين الفينة والفينة . . . وانه اسبب اخيراً بالزهري . ورأيت له ان خير ما يحمله هو المعالجة في المستشفى العام حيث تشمل طرق الدواة فاتبع نصحي وبالبته لم يقل . كان رجح الي في كل مرة يذهب فيها الى المستشفى يسألني وبلع في النقاش . وجدت واحداً يداوونه كدواوتي تماماً وهو يحمل عقداً في رقبته ، وها هو الاتساخ في رقبتي فهو من اعراض الزهري ، وبأي دور من ادوار المرض تظهر هذه العقدة ؟؟ اليوم شاهدت امرأة حشرت القرحة ساقها وهي تتداوى من الافرنجي ، الا تظهر هذه القروح في غير الساق وهذه البثرة في ظهر يدي تكبر يوماً عن يوم وهي من المرض ولا شك ؟ اليوم ، كنت انتظر دوري . فجاءت مجوز عمل الزهري في فروة رأسها فرط شرها واحتر فيها اخاديد ، وانا لاحظ منذ اصابني بهذا المرض اللعون سقوط شعر رأسي ، والله فضيحة ، الا يوجد ادوية اشد من التي يعطوني ايلها ؟؟ قالوا سيتحرون تعاقل واسمران في دمي فاكنته هذا التعاقل ومه مدلوله ؟

وجاءت الطلة الصيفة واصبحت في بلدوه في آخر ، ولكن وسائله لم تقطع يستلطني ويستلطني بها ان اخبره الحقيقة . وكانت في اثناء ذلك تمرية الآلام المختلفة وتظهر فيه الواراض المتنوعة فن تشوشات هضمية ، الى خفقان ، اليرقان ، الى الآم بطنية ، وقالوا يادكتور ان هذه الآلام هي الآم الزائدة وهل الافرنجي يولد التهاب الزائدة ايضاً ؟؟ وكنت استعين عليه في كل مرة بفصاحة سبحانه لا أقنه ان ليس فيه شيء مما يقول ، وانه يداوى بخبردواء ، وانه اذا تماطى العلاج بالصورة التي يراها اطباء المستشفى لا يخشى اختلاطاً ولا اتسكاساً وكان يمتنع ويذهب للمستشفى ويرى جوع المرضى فيعود الي قصة جديدة واعدوا اليه بشرح جديد .

اسودت الدنيا في وجه صاحبنا وبضت اليه الحياة ، فترك الدرس والفحص ، ثم اتبني الى نتيجة غريبة هي الانتقام من بنات حواء : اريد ان أعدي اكبر عدد من هؤلاء الملونات ا واندفع بنفذه برئانه الجديد باقدام ونشاط . ورأيت احوال الى الصحه منه في اي وقت مضى ، فقلت واكثرت وضربت الامثال . ولكن هيهات : اموت ؟ دعني اموت ، لقد ايقنت انه لا بد لي من ان اموت من هذا المرض الحثيث ، فاركضني اتمم بمن اسبنتي به . وافلحت

معه أخيراً . بعد ان ضوى جسمه وسامت حاله ، بقتيه طريف ، قلت له تشتكي ايها الاخ هزالك وتندب قوتك ، وهل تعدل غير ما تريد طبيبتك بة ؟ انك تعلم ولا شك ، ولست انا اول من يسمك هذا الكلام ، ان جسم الانسان كالبرميل والصحة كاللاه ، وهل يتلى البرميل ماء وحفنته لانتفك تنفتح . . . وائر هذا المثال الابر في مخيلته الكافية فاقطع عن المضي في تطبيق برنامجي ، ولكن الوسواس والامراض لم تفارقه طيلة وجوده في فرنسا .

فقلت راجعاً الى سورية فوجدته ، وقد عاد اليها قلي بامعين لأنه وقف في منتصف الطريق من اتمام دراسته ، كمهدي به مثلاً شاكياً ساخطاً ، كل يوم هو في مرض ، قد ذرع ما بين حلب وبيروت ودمشق جيئة وذهاباً يتردد على مشهورى طبائها ويستعمل العلاج فوق العلاج فايزداد غير حرقه ومرضاً .

وقست الظروف على هذا البائس المسكين فاصيب احد جيرانه بسلطان المعدة ، وكان المصاب يشكو اضطرابات هضمية وضعفاً عاماً فتبين بعد الاستقصاء ان فيه سرطاناً . واذا بصاحبنا يشكو ايضاً اضطرابات هضمية وهو ايضاً نحيف ضعيف فلماذا لا يكون مصاباً بالسرطان ؟ ! فدوران جديد على الاطباء ورسوم كهربائية وتجربات مخبرية . وكما اكد له طبيب انه سالم وانه لا شيء مما يظنه فيه تركه الى غيره . واعاد الفحص والتحليل الى ان ينتهي به الطبيب الجديد الى ما ينتهي اليه الاول ويسرع الى طبيب آخر وهكذا دواليك .

واما ان عمره ليس عمر ذلك الطاعن بالنس ، واما الفرق بين صفرته ونحوه وصفره ذلك المريض ونحوه ، واما الاختلاف بين الاضطرابات الهضمية التي يشكوها وتلك الاضطرابات والآلام التي يشكوها المصاب بالسرطان ، واما ان الطبيب الذي شخص السرطان في جاره هو نفسه يؤكد له خلوه من هذه الآفة ، فهذه وامانها اعتبارات لانجد الى فهم صاحبنا من سبيل . .

واليوم يعيش هذا المسكين مريضاً متبرماً نافعاً على الطب والاطباء يلعب الارض والسما (وضغفاء العقول والمضوهون والبله حياتهم كلها الا قليلاً تقليد فنجترى بما تقدم ولا نطيل البحث .

واخيراً لابد من الخروج من هذا التعميم الى التخصيص ، فنأتي على أكثر هذه الحالات المرضية كالكدومات والفلوج والصمم والمته و . . الخ التي يظهر بها هؤلاء المقلدون امام اطباء الشرح والخبراء والمفضاة ، فحين كيفية تشخيص كل منها ، والاصول الواجب اتباعها لمعرفة مقدار ما في ادعاء المفحوص في كل من هذه الاعراض والامراض من واقع وما فيها من تزويد . وهذا ما نفعله ولكن في كلمة ثانية ان شاء الله .



أتكون الجرائم سلاحاً في الحرب ؟

نشرت المجلات الطبية في هذه الاشهر الاربعة التي مرت على اعلان الحرب كثيراً من الابحاث التي لها علاقتها بالعب والحرب في آن واحد وبما بحثت فيه فن الجرائم وما اذا كان يستخدم في الحرب الحاضرة كاداة فعاكة في الجيوش المتحاربة والسكان الآتين ويستتج من هذه الابحاث ان هذه الاداة التي يخافها الكثيرون لا يخشى ضررها لان الوباء لا يظهر الا اذا توفرت خمسة شروط : الجرثوم والاشخاص المقتبلون له والبيئة الملائمة للعدوى والظروف المواتية لنشرها ، وغية الاحتياطات الواقية . اما الجرثوم فلا يحدث الوباء الا اذا كانت حتمه شديدة وثابتة وهذا الامر صعب التحقيق .

والاشخاص المقتبلون قليلون على الرغم من اتعاب الحروب وويلاتها واكتظاظ الناس وازدحامهم لما فيهم من المناعة التي اكتسبوها بالتلقيح ولزل المرضى بعد ظهور المرض واما بيئة العدوى فقد تكون الهواء او الماء او بعض الحيوانات فاذا ما رشق جيش الجرائم بالطائرات من اعالي السماء فلا يأتي بالنتيجة الرغوب فيها واذا طارت الطائرة على علو قليل سددت اليها الرشاشات قذائفها فلم تستطع قضاء مهمتها . فقد تبين ان الطائرة اذا كانت على علو ٣٠٠٠ الى ٥٠٠٠ متر ورشقت مستنبتات الجرائم كانت سرعة نزول هذه القطعيرات ملترأ في الدقيقة ومن هنا يتضح ما تستلزمه من الوقت للوصول الى الارض وما ستجابهه من الثعبن والتبدد قبل بلوغ الناية . واذا ما استعمل الحيوان كناقل للأمراض كان في نقله وايصاله صعوبة لا تنكر . فاذا جمعت الجرذان لنقل الطاعون كان منها خطر على الناقل نفسه لان هذه الجرذان تستطيع العودة من حيث اتت فضلاً عن ان جميع الجرذان لا تنقل الطاعون على السواء وكذلك القول في الاوبئة الاخرى كالكلب والتهاب السحايا والحمى . ويستخدم الماء في قتل الحمى التيفية والحمية الاسيوية غير ان الجيوش ملقحة ضد هذين المرضين . ويجوز استخدام القمل والناموس والقراد في نشر الاوبئة غير ان هذه الحشرات صعب قتلها والاستفادة منها .

فيستتج مما تقدم ان هذه الاداة التي يخشى الكثيرون شرها ليست في الواقع اداة

علاقة القشع وازدياد كلس الدم بملحقات الدرق

عرف منذ القديم ان تطاھرات القشع (sclérodernie) ليست تبدلاً بسيطاً في الجلد بل هي ثابتة لحالات في الغدد الصم وقد نشرت مشاهدات من القشع في الاطفال زالت باستعمال خلاصة الكظير التامة بعد ان اثبتت الفحوص المخبرية اختلال وتليفة هذه الغدة وقد بين ليريش ان ٧٠ ٪ من المصابين بالقشع مزداد كلس دمهم في الوقت نفسه غير ان ازدياد هذا الكلس الدموي لا يرافقه نقص الفوسفور ولا ازدياد كلس البول كما في داء باجه، وتتركز مع ازدياد كلس الدم في المصابين بالقشع التهابات المفاصل المغطاة وقص كلس العفقل ورواسب كلسية وكل هذا دليل على اختلال وتليفة ملحقات الدرق ، وقد بين ليريش ان استعمال رسول ملحقات الدرق يحد القشع واستنتج ان القشع ذو علاقة بهذه الغدد وان معالجته تقوم باستئصال ملحقات الدرق وقد جنى في ٣٢ مشاهدة عالجها بهذه العملية فوائد تذكر .

ثم اختبر كثير من الجراحين طريقة ليريش هذه فاختلقت نتائجهم وكان منهم المخذ وغير المخذ . ويستنتج من هذه المناقشات العديدة ان استئصال ملحقات الدرق لاجمع في القشع الذي يرافقه ازدياد كلس الدم وانه ممنوع حيث كلس الدم هابط عن معدله الطبيعي كما في الاشكال التي يرافها دھق وتناذر اديسوني دال على اسابة الكظيرين .

غير ان ليريش لا يزال متمسكاً برأيه حتى انه لم يتردد في القول : « بان اختبارات عشر من السنين قد اجازت له الجھر بان القشع مرض جراحي »

م . خ .

الاسلام وسعة العمر

١٢،

تحريم الميتة وما شاكلها

يقصد بالميتة ما ماتت من البهائم خف انهما بدون فعل فاعل لان موتها مسبب من مرض استنفذت البهيمية في مكافئته قواها الحيوية لتتخلص منه وللمم تستطع الافلات من اذاه ماتت بعد ان اضطربت اكثر اعضائها بتأثير العوامل التي ولدت المرض المذكور من جراثيم وذيفانات او من سموم ناشئة من فساد بناء نسيج البهيمية نفسها او من قصور اجهزتها المفرغة لذلك كان لحمها وبيلها ضاراً بالصحة وقد تكون فيه الجراثيم المتزعة من الجراثيم التي تقتك بالبشر يضاف الى ذلك ذيفاناتها والسموم الناتجة من افسادها عناصر البهيمية وتشويش بنائها . وتعرف هذه اللحوم بتغير اوصافها فاللحم الجيد احر اللون ناصع في البقر والغنم ، ذوا رائحة خاصة ، اذا قطع قد تسيل منه عصارة قليلة المقدار حمراء اللون . واما اللحم المريض فتبدل فيه الصفات المذكورة على انه قد لا يظهر في هذا اللحم تغير ما مع انه ضار. يؤدي استهلاك هذه اللحوم المضارة الى اضطرابات تنصف سريريا بقشوشات هضمية من اقياء والام معدية ومغص بطني واسهالات قد تشبه اسهال الهبضة وباضطرابات دورانية وانغماء وممود .

وينتج موت الحيوان في الغالب من امراض مروفة الجراثيم كالحمى التي تسهل سرية جراثيمها الى البشر والرعام الذي قد يصاب الانسان به والنمل والقطور الشاعية او من السلبيات وهي جراثيم عصوية تشبه العصيات الثيفية لها سموم مقاومة للحرارة تستقر في اعضاء الحيوان المختلفة، او من عوامل امراض خاصة ببعض البهائم كالتهاب مفاصل السجول وخراجات الحرقان القدية وتدخل في زمرة الميتة ، المتخفة والموقودة والتردية والطحجية وما اكل السبع وذلك لان الحيوان في جميع اسباب الموت المذكورة يكون قد تعب تعباً شديداً قبل موته . يؤثر هذا الاعياء في اجزاء جسمه فيبدلها تبديلاً لا يظهر له

في بعض الاحيان اقل اترتكون في الغالب لحوم البهائم الميتة من الاعياء بالاسباب المذكورة ذات لون احمر الى السمرة القاتمة ، جامدة سهلة التفتت جافة لاثنز اذا عصرت وتكون عسلاتها في صمل شديد وتبدو عظامها قاتمة وتعرف هذه اللحوم بللحوم المصابة بحمي التعب وهي لحوم تكثر فيها السموم الطوعية ويزداد بها حامض اللبن الحمي واللوكوماين . وتكون هذه اللحوم سرمة الفساد صعبة الضج عسرة الهضم فهي والحالة هذه غير صالحة للغذاء سامة على رأي عدد كبير من المؤلفين لذلك كان ترك التفتني بها امراً واجب الاتباع ولا شك ان ذلك من جهة اسرار تحريمها .

تحريم الدم : لا يخفى ان الدم سائل جوال في ارجاء البدن كلها يأخذ عن النسيج فضالاتها وينقل اقراض الاحتراق ليلقيها في الاعضاء الموكلة بتبديل تركيبها وطرحها خارجاً يبدو مفعلاً بالجراثيم في اكثر امراض الحيوان العفنة وهو اول ما تصول عليه العوامل الضارة المذكورة لذلك كان التفتني به معرضاً لسراية الامراض المشتركة بين الانسان والحيوان بانتقالها من الحيوان الى الانسان . ومما يزيد في خطر الاغتذاء بالدم عدم امكان اكتشاف اكثر الجراثيم العفنة للدم وعدم الالتقاء اليها في بدء الطوالت أضف الى ذلك ان الدم بحكم عمله الحيوي كثيراً ما يحمل فضالات سمية خاصة في الحيوانات المريضة او المسمومة .

تحريم لحم الخنزير : كلمة الخنزير مشتقة من خنز العين لانه كذلك ينظر . والخنزير حيوان سمج قبح الصوت والنظر والفرائز الياف لحمه مقواة شحمه غزير عسر الهضم تكثر في اعضائه الطفيليات لذلك يمكن ان تحشر لحومه في زمرة اللحوم الطفيلية تسكن في عضلاته الدودة الوحيدة المسلحة وتكون بشكل حويصلات صغيرة منتشرة في الالباف الضلية ولا سيما في القسم الاسفل من اللسان . وهذه الحويصلات هي التلف المذنب التي تحتوي على رأس الدودة مع كلاليتها . فاذا ما التهم هذه التلف انسان ، ينشب رأسها في امعائه وتأخذ في النمو سريعاً حتى تصير دودة كهلة يبلغ طولها (٦-٨) امتار .

وتصادف في الباف الخنزير الضلية غلف الشميريت الحلزونية ومنه قد تنتقل الى الانسان فتسبب مرضاً وخيماً جداً هو داء الشميريت (trichinose) وتكون هذه التلف صغيرة الحجم لا ترى عياناً ولا يمكن تمييزها بسهولة .

تحريم ما اهل لغير الله به او ما ذبح على التصب : وهو ما حرم لسبب ديني محض
 اجيب رأي الرجوم العلامة محمد رشيد رضا واكتنا رى ان هنالك سبباً اساسياً آخر
 في التحريم الا وهو ان ما اهل به لله يكون قد ذكر من قبل معتقد بدين آلهي : والمؤمن
 بالله ايا كان دينه مفروض فيه ان يكون بعيداً عن الفس . وغش اللحم سهل لا يستطيع
 كشفه بسهولة لذلك كان لا بد للقصاب من ان يكون في زوايا نفسه وفي صميم قواده
 ما يمنعه عن الفس حتى لا يتحدث نفسه بذلك واني له هذا اذا لم يكن مؤمناً بدين
 ينهاء عن التفكير وأمره بالمعروف . ويعترف المختصون بعلم حفظ الصحة ان فصح غش اللحم
 امر غير سهل غالباً .

التذكرة : اتنا نشارك في هذا الصدد رأي الاستاذ العلامة الشيخ محمد رشيد رضا
 في امر التدبيرة من انه قصد بها التحقق من صحة البهيمة قبل اماتها وغاية الشارع فيها
 ضرورة فحص الحيوانات للحكم بنفعه للغذاء وخلوه مما قد يجعله غير صالح للاغتذاء
 او ضاراً .

الدكتور

شوكت موفق الشطي

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط السنة ١٩٤٠ م الموافق لذي الحجة السنة ١٣٥٨ هـ

الجمعية الطبية الجراحية في دمشق

جلسة الثلاثاء كانون الثاني ١٩٤٠

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العلم مونيرو دومان من الاسماعيلية (مصر) ، وصفتان بسيطتان وتاجستان في الحروق والجروح : بين المؤلف ان الوصفات الدسدية مقددة وغالية الثمن في الغالب وان قلبها ممكن الى وصفات اسهل ورخيصة الثمن بدون المساس بفعالها التاجع . وقد قدم مثالا على ذلك مرهم الماربخ المركب من : كبريت ٢٠ ، غلات البوتاس ٨ ، ماء مقطر ٨ ، لانولين ١٠ شحم خنزير ٥٤ فان قلبه الى كبريت ٢٠ وشحم خنزير ٨٠ لا يضر بفعله ويسهل حفظه . اما الوصفتان فهما :

١ — عفن
 ماء حار
 } اجزاء متساوية
او : غوثاكرين ١ — ٢ ٪
 عفن
 ماء حار } اجزاء متساوية

٢ — مصل الحصان
زيت كبد الحوت
زوفى (لانولين)
اوزان متساوية

٢ — العلم ترايو ، كبة الكبد والسل : لا تختلف كبة الكبد البردائية بازاء السل عن كبة الكبد الغولية التي تمرقل به في الغالب . فان اربعا من ست مشاهدات كبة الكبد البردائية قد تمرقلت بسل للصليات ، ثلاثاً منها جرت على شربة غوديله حيث امتد سل الصفاق التالي فيها الى غشاء الجنب . وكان تفاعلا السكورين وفيزن ريزورسين في الحادئث الاربع جميعا ايجابيين .

٣ — البيان شارل وشوكت القنواي ، غية الكلية والحالب والملحقات اليسرى ، استنقاء الكاية بانضغاط الحالب الايسر : مشاهدة لدرجة كانت الكلية والملحقات في الجهة اليسرى غائبة ويصل هذا باضطراب في نشأة الجهاز البولي التناسلي في الجنين . وقد لفت المؤلفان الانتصار الى صعوبة التشخيص وضرورة رسم الحويضة وقطرة الحالب حتى اذا تمتد اجراؤها كما في مشاهدتهما يلجأ الى فتح البطن الاستقصائي .

٤ — الاستاذ لوسر كل ، تقديم مرضى :

أ — مريض اول مصاب بفتق عرطل واصل الى ماتحت الركبتين فيه الاعور والقولون والامعاء الدقيقة .

ب — مريضان آخران مصابان باضطرابات معدية معوية قطع في احدهما عصب حشوي واحد وفي الثاني العصبان الحشويان فزالا اضطراباهما .

ج — مريض اصيب بكسرة متشع الى القاعدة وقد ظهرت بالاستقصاء وذمة في الدماغ فوُجج اولاً بتخريب القديتين التجميتين ثم بقطع العصب الفقري في اليسار فقطع العصب السباتي فتحصنت حالته .

٢٠٠٢

١ - وصفتان بسيطتان ونافعتان في

الحروق والجروح

(Deux formules simples et efficaces pour les
brûlures et les plaies)

للطبيب مونيرو — دومان من الاسماعيلية

الطبيب الداخلي في مستشفيات بليرز سابقاً وعضو جمعية فن المالجة

ترجمها الطبيب منير السادات

ان كتب فن المعالجة ملائماً بالوصفات البديعة من مراهم ومعاين وسواها من المالحات
الخارجية ولكن هذه الوصفات لا تخيف تلامذة الجليل الحاضر فحسب بل الاطباء
المهترسين ايضاً لان حفظها عسير على من ليس اختصاصياً بها او على من لم يرزق ذاكرة
متقدة فليس هناك ما يلجأ اليه في تعيين مقادير الادوية الخارجية كما هي الحال في الادوية
الداخلية . ومع ذلك فكلم من الوصفات يستطاع جعلها سهلة بدون اقل عنود مثال على
ذلك مرهم هيلبرنج هذا المسحضر الشهير فقد كان تركيبة كما يلي :

٢٠

كبريت

٨

فحم البوتاس

٨

ماء مقطر

١٠

زوفى (لانولين)

٥٤

شمع خنزير

فكر احدكم في حذف الزوفى وزيادة شمع الخنزير ثم لاحظ البعض ان فحمت
البوتاس ليست من الاشياء التي لا يستغنى عنها فيه فاصبحت الوصفة الجديده كبريت ٢٠
وشمع الخنزير ٨٠ ولم تكن نتائجها اقل جودة من الوصفة القديمة غير انها اسهل حفظاً

وتحضيراً وارخص ثمناً والطيب والصيدلي اقل تعرضاً للخطأ فيها من الوصفة القديمة .
فسهولة الوصفات لا تخلو من الفائدة . وللمستحضرين الذين اقدمهما اليكم وقد ابتكرتهما
حديثاً هذه الحسانات واذا ما اضيف اليها رخص ثمنهما ونقصهما الكير كما اعتقد استحقا
المعرفة والانتشار .

(١) «المحلول الغصفي في معالجة الحروق»

تحقق بحضري الاول الدباجة في الحروق وقد اصبحت ميزات هذه الطريقة اشهر من
ان نود الى الكلام عنها الآن : فان الغصص يختار الآحين ويجول دون امتصاص المواد
السامة المتكوّنة في الانسجة المحروقة ويحدث قشرة يابسة خالية من الالم لظيفة يتم الاندمال
تحتها بكل اطمئنان ولا حاجة عادة الى اقل تضديد بعد هذه الدباجة .
وقد اقترحت في الدباجة طرائق مختلفة : منها المراهم الغصية التي تستلزم التضديد
وتستوجب ازالة المواد الدسمة في كل مرة بالايتر او الصابون وكلاهما يخرش وقوة هذه
المراهم الغصية قليلة واما طريقة الرذاذ فطويلة وشاقة وتستلزم اجهزة خاصة وقد استفدت
من خاصة انحلال الغصص في مثل وزنه من الماء فوصفت

غصص
ماء حار
مقادير متساوية

ان هذا المحلول لزج بقوام الشراب وحفظه في قوارير محكمة السد واجب لان
تبخّر الماء يرسب قسماً من غصصه ومع ان الغصص مطهر بنفسه فقد فضلت ان يضاف احد
المطهرات الى هذا المحلول لان الثفن هو اكبر اخطار الحروق واشد مانع لالتئامها
واخص منها الحروق المماثلة بالغصص الذي يؤلف طبقة غليظة تستر تحتها الغفوة كما في وعاء
مطلق حتى متى كان الحرق قليل الثفن ولكن يجب اتقاء مطهر قليل الضرر بالانسجة
ما امكن وتطهون القول المشهور ان (المطهرات توجه الى الجراثيم ولكنها تبت الخلايا)
وليعلم ان اكثر المطهرات ليست ثابتة بلامسة الغصص ومنها ملاح الزئبق وقد وجدت
حلاً لهذه المعضلة باضافة احد مشتقات الاكريدن الى محلولي الغصص واذا لم يتيسر
الريغناول الالمانى يستعمل الثوناكرين واني اصف الآن :

غونا كرين ٢ ٪

عقص
ماء حار
مقادير متساوية

طريقة البياغة بهذا المحلول : اذكر اولاً ان البياغة ممنوعة في جميع الحروق المتخنة ولا تمد متخنة الحروق القديمة المتقيحة فحسب بل جميع الحروق التي يراها الطبيب بعد انقضاء مدة على حدوثها واعتقد ان الامتناع عن البياغة واجب في الحروق التي مضى عليها اكثر من ٣٦ ساعة . لنفرض اننا بلاء حرق من الدرجة المتوسطة علينا ان نتظف الحرق وما يحاوره تنظيفاً متقناً . نفتح الفقاعات اذا كانت قد تكونت ونقطع شرعاًها بمقص معقم ونطهر جميع سطوحها بمطهر خفيف كالأء الحمض ثم يستعمل المحلول الغصني بعد ان يدفأ حتى درجة حرارة الجسم وليس هذا التسخين ضرورياً . بمد المحلول بمقاش او بقطعة غزي مسكت بملقط ويحدث الطلي بهذا المحلول حى احتراق خفيف غير انه موقت وسبقه سكون ألم صريح وقد لاحظت دائماً ان الحروق اللابوغة غير مؤلة .

ويعد ان ينجف المحلول وجفافه أسرع كثيراً من المحاليل الغصنية الممددة ويستطاع الاسراع بتجفيف هذا المحلول باستعمال مروحة او الهواء الحار وهذا الافضل ، قلت بمد جفاف المحلول يذهب المريض بدون تضبيب في الواقع فاما ان تستر النواحي المحروقة اللابوغة بقطعة الغزي بدون ان تلتصق بها او يكتفى برباط بسيط يلف على الناحية بدون قطن او غزي ولا غنى عن رؤية الحروق في كل يوم فاذا ما تغتت بعض نواحي الحرق ارتفعت القشرة قليلاً فيجب قلبها لتفجير الغونة واذا ظهر ان بعض الاقسام لم تدبغ بياغة حسنة تطللى مرة ثانية لثم دباضتها .

النتائج : في حروق الدرجة المتوسطة باهرة فقد رأيت اندمالاً سريعاً جداً وبدون اي حادث في اشخاص امكنت معالجتهم بصورة مستعجلة وتستعمل هذه الطريقة ايضاً في الحروق السطحية التي لا تستوجب كبير عناية فهي تشفى عفواً . اما الحروق العميقة فبصفة كوني طبيباً لا جراحاً لم تنح لي الفرصة لمعالجتها وسأكون ممتناً من الزملاء الجراحين الذين يرغبون في اعلاي عن النتائج التي يحصلون عليها ولا يقتصر استعمال هذا المحلول الغصني على الحروق فحسب بل يوصى باستعماله في التملة والشرث (engelures) وشقوق

التي والثلوم والعدة الودية واني اذكر لكم بصورة خاصة ما حلت عليه من النتائج الحسنة في حامى الثبات في الرضع .

٢) « استحب ثابت لمصل الحصان وزيت كبدة الحوت كمنشط للجروح

ان الوصفة الثانية التي اود التحدث اليكم عنها تدخل في الفصل ذاته من فن المعالجة اي مرهم مندب او مستحضر يجمع الصفات الواقية للخلايا التي اشتهر بها مصل الحصان والفعل المندب لزيت كبدة الحوت وما تصف به المواد الشحمية من الخواص الواقية بلزاء الانسجة المروضة . فقد ذكرت في رسالة نشرت في الجمعية الطبية الملكية المصرية لسنة ١٩٣١ ان الجرح الناجم عن التخریب الكيميائي لحبة طب بمسحوق فوق مانفالت البوتاس يسرع ندبه باستعمال مصل الحصان وكنت لا ازال استعمل المصل الدوائية التي قدم الهد عليها لانها ادرخص ثمناً من المصل الطازجة كالحاموس قبل وقد لاحظ ولا شك من استعمال منكم موصولاً على الجروح النشاط السجيب في جوفتها في خلال ٢٤ ساعة فان جروحاً وهنية خاسفة رمادية اللون تصبح في اليوم الثاني من استعمال المصل حراً محبة ومحقنة ايضاً حتى انها تدمي لآقل لمس .

ولا يغفل المصل الصرف من بعض المحاذير فهو يحفز سريعاً فيجب ري الجروح بحجاب من المصل وفي هذا ما فيه من التبذير والاسراف باستعمال هذه المادة او يجب ستر الجروح بقطعة من الشمع وسترها يحدث الاحتقان فيها وجفاف المصل يفضي الى التصاق الضاد فاذا ما اقلع آلم واحداث زرقاً شعرياً فاخر التندب . اما زيت كبدة الحوت فخواصه للتدبة معروفة منذ زمن بعيد وقد اعيد استعماله مؤخراً بعد ان عرف ان فيه علاوة على الحيوين (د) الحيوين المتصف بمخاصة نافعة لانتفاء المضرع في الجسم جدياً كان او مخاطياً وقد استحضرت مرام خاصة اساسها زيت كبدة الحوت وعن لي ان اشرك خواص هاتين المادتين لنفسهما وسهولة الحصول عليهما ورخص ثمنهما ولكنهما لا تمتزجان ومستحلبهما المستحصل بالوسائل العادية ليس ثابتاً وقد سألت من السيد جانولي الصيدلي الاول في مستشفى دوفريزه في دمشق حل هذه المعضلة واني بهذه المناسبة ابعث اليه بظيم شكري لمساعدته القيمة لي فقد اثار علي باستعمال الزوفي (اللانولين) التي تمتزج بللوات الشحمية والمركبات المائية معاً وقد طرحنا جانباً شحم الخنزير الذي يرنخ الا اذا اضيف اليه الحامض الجلاوي

الذي يحدث شيئاً من التخريش وتخرج من المصل وزيت كبـد الحوت والزوفى اوزان متساوية

مصل الحصان
زيت كبـد الحوت
زوفى
اوزان متساوية

ويستلزم تحضير هذا المرم مزجاً جيداً فيكون منه مرم دغو لزج سهل الد
وثابت كل الثبات ولا يجوز تعيقه بحافظة على حيواناته ورسله ومرماته (tréphones)
وأحياته الحيوانية وبكلمة على خواصه الحية ولكن هذا الزيج عقيم ولو لم يتم . انه
عقيم لان المواد التي يتألف منها عقيمة فصل الحصان عقيم والزوفى يستطاع تعيقها قبل
مزجها اما زيت كبـد الحوت فقد اثبتت الفحوص التي اجراها الدكتور لوبوك رئيس مخبر
مستشفى دوفيرييه في بثات هوائية ولاهوائية على نماذج من زيت كبـد الحوت العادية انها
عقيمة ويستحسن، لزيادة الحيوان في هذا المحضر والاستفادة من خاصته المجددة للاغلايا،
استعمال مصل حيوان حديث السن لان سرعة التندب في البدن ما كسبة بنسبتها لعمر
الشخص وقد ذكر العلامة كاريل في كتابه الشهير عن الانسان ان هناك زمناً او عمراً
غريزياً يستطاع قياسه بسرعة ندب الجروح ويستطاع الاستنتاج ان هذه الخواص ليست
في الجلد فحسب بل قد تكون عواملها كامنة في مصل الدم ولزيادة الحيوان A في هذا
المحضر يستعاض عن زيت كبـد الحوت زيت الراقود (fletan) لان زيت كبـد الحوت
هما كان غنياً بهذه المادة لا يحتوي الستمتر المكعب منه على اكثر من ٢٠٠٠ وحدة
دولية بيد ان في زيت الراقود زهاء ٢٥٠٠٠ فيصبح المحضر كما يلي :

مصل حيوان حديث السن
زيت الراقود
زوفى
اوزان متساوية

واعترف بانني لم احضر بهذه الوصفة ولم اجر بها لان المحضر الاول مع حسن ضله
ارخص ثمناً منها .

ما هي الحالات التي يستعمل فيها المستحلب ؟ انه مستعمل في جميع الجروح الوهنية
وفي بطء التندب غير اني اعتقد ان جميع الجروح غير الغنية قد تستفيد منه وقول بعض

الجراحين انهم توصلوا بزيت كبد الحوت الى تطهير الجروح المتعوجة وغير المنتظمة والملوثة فينضج والحالة هذه ما يستطاع الحصول عليه من الفوائد الجلى بهذا المستحضر في ايام الحروب . اني لم اتمكن حتى الآن الا من معالجة بضع حادئات جروح وقروح في الشعبة الجلدية والزهرية في دمشق وقد شاهدت نتائج باهرة وهنا ارجو من زملائي الجراحين تجربة هذه الوصفة واعلامي النتائج التي سيحصلون عليها بعد استعمالها . وقبل ان اختتم كلامي واتماماً للبحث اود ان ابين لحضراتكم محضرين بزيت كبد الحوت فدا امكان استعمال الزيت العادي تبل رغادات من الفزي فيه وتضمد الجروح بها ويستطاع جعل القوام اكثر تماسكاً بمرجه بالزوفى :

زيت كبد الحوت ٤٠

زوفى ٢٠

وحسنات هذا المحضر على زيت كبد الحوت الصرف انه لا يسيل ولا يمتص الفزي والقطن بل يظل في مكانه ويحول دون التصاق الضاد واستعمال كمية منه اقل من الزيت الصافي يمكن . وقد هيات محضراً من زيت كبد الحوت والكلس مستقيماً عن زيت الزيتون بزيت كبد الحوت وهو محضر مسكن ومقلل للاحتقان ومنذب ولا يستعمل في الحروق فقط بل في التهاب الادمه الحاد وهو مفيد جداً في التلثة الحادة على عكس المحضر الذي يحوي المصل لان المصاين بالتملة لا يحملون الآحنيات الاجنبية ويتفاعلون تفاعلاً موضعياً شديداً .

والفت في النهاية نظركم الى هذه الوصفات السهلة التحضير البسيطة الرخيصة فاستعمال المحلول الفضي مسكن ومنذب ولا يستلزم الضاد وكذلك مزيج زيت كبد الحوت مسكن ويمنع التصاق الضاد . وفي التجارة مستحضرات جاهزة وجيدة جيداً لهذه الغايات ولكنها خالية واذا ما اردنا استعمالها في المستشفيات والمستوصفات ولا سيما في التنظيفات السكرية تصبح نفقاتها باهظة يد ان هذين المحضرين رخيصا !لثمن والحصول على موادهما الاولى سهل وهذه الامور قيمتها في الممارسة .

الناقشة

الطبيب لوسر كل : اتني اشكر الزميل مونيرو دومان على ما اتحننا به وقد كنت اود ان اجرب وصفته غير اتني اقول بكل صراحة اتني اتحاشى في معالجة الجروح والحروق

عن كل ما يحدث قشرة او ما هو شحمي لان تحت القشرة كما ذكر في تقريره قد تكمن القوة وتكون مجامع الصديد ولان المواد الشحمية تحول دون تفجير المواد التي تفرزها الحروق والجروح وحري بنا ان نسهل هذا التفجير لا ان نصّره وان نساعد خلايا البدن في دفاعها لا ان نضع العقبات بذاؤها فالمصل الصناعي او التضميد الجاف هو كل ما استعمله في تضميدات الجروح

الطبيب مونير دومان : ان النسيج الدم لا يفلق الجروح .

الطبيب لوسر كل : خير لنا ان ندع للنسيج خاصته الشربة الماصة

الطبيب شارل : لا توافق محاليل الفص الا الحروق السطحية والخفيفة



٢ - الكهبة البردائية و السل

(Cirrhose palustre et tuberculose)

للطيم ترايو

ترجها الطيم عزة مريدن

لقد كشف تريوله وجوسه وبلوندان في مرضى مصابين بالدهية الضخامية التولية بالفحص المجري وتلقبش القبة وفرة عصيات كوخ في سائل الحبن ، كما كشفها ايضاً روك وكوردبه من ليون ، في مرضى مصابين بالكهبة الضمورية التولية .
وقد استطنا ان نتحقق نحن ايضاً ان الكهبة البردائية كثيراً ما تتعرقل بالتهاب الصفاق السلي ، واليك بعض المشاهدات المختصرة من شعبنا في المستشفى العام وهي توضح لكم ما تكلمنا عنه :

المشاهدة الاولى : آ . . . بدوي من الصحراء عمره خسون سنة ، لم يبق طعم التول مصاب بالبرداء منذ سنته العاشرة ، ليس في سواقه سل او افرنجي ، كهبة ضمورية صريحة سريراً ، نابتة بجدث بالفحص المجري ، تفاعلات هيخت ، مانيكه ، فيرن ييراتينول ، سليية في دمه ، تفاعل كورين ايجابي بشدة يساوي ١٨٠ ، انصباب جنبي خفيف في القاعدتين وهو في المستشفى ، فيرن — ريزورسين ايجابي بشدة ويساوي ١٦١ :
النتيجة : كهبة ضمورية بردائية متدنة

المشاهدة الثانية : مريض مسلم عمره اربعون سنة اصيب بدة نوب بردائية نموذجية لم يشرب غير الماء اصيب منذ عشرين سنة بقرحة ، له ولدان صحيان ، لم تجهض زوجته ابداً ، دخل المستشفى لكهبة ضمورية صريحة بدا فيه تناذر التهاب الجنبي في قاعدتي الرئين كما ثبت بالفحص الشعاعي ، وسمعت احتكاكات بالاصفاء ، تفاعل واسرمان في دمه ايجابي ولكر ، تفاعلي هيخت ومانيكه سليان في الحبن ، تفاعل كورين مشكوك فيه اذ بلغ ١٢ : فيرن ريزورسين ايجابي بشدة بلغ ١٣٥

النتيجة : كسبة ضمورية بردائية مع تمدن الصليات .

المشاهدة الثالثة : رزق . . بدوي مسلم ، اصيب منذ طفولته بنوب بردائية كثيرة اعمل بدون معالجة ، دخل المستشفى لكسبة ضمورية بردائية مع جن وافر ، وانصباب جنبي مزدوج اثبت الفحص الشعاعي . تفاعلات واسرمان ، هيخت ، مانيكه ، سليية في الدم

فيرن بيراتينول ، كورين سليان ، فيرنديزوسين ايجابي بشدة ١٢١

النتيجة : كسبة ضمورية بردائية ، مع تمدن صفاقي جنبي .

المشاهدة الرابعة : حسين اللبس عمره خمس وخسون سنة من حوران ايس في سواجه سل ولا افرنجي ، ولا غول . كسبة ضمورية بردائية سررياً ، المرض مصاب بنوب بردائية متقطعة منذ سنه العاشرة ، تفاعلات واسرمان ، هيخت ، مانيكه سليية في الدم ، تفاعل

كورين ايجابي بشدة ١٤٧ ، فيرن ريزورسين ايجابي بشدة ١١٦

النتيجة : كسبة ضمورية بردائية متدنة

هذه اربع مشاهدات حول الكسبة الضمورية البردائية اختزلتها بين ٦ مشاهدات جمعت في شعبتنا تباعاً بقصد درس حيوي كيميائي عام ، تصح نتائجها لان تكون غرضاً لقصد آخر .

ففي اربع مشاهدات من ست ظهر السل في سياق المرض وتجل في ثلاث منها سررياً بقانون (غوديليه) وثبت الانصباب الجنبي في الجانبين حقيقة السل الجنبي الصفاقي الذي حققناه في المشاهدات الاربع بتفاعل فيرن ريزورسين الايجابي الشديد ، وهكذا ثبت في الكسبة الضمورية البردائية ما اثبت المؤلفون الآخرون في الكسبة القولية ، عن كثرة السل التالي .

ان هذا التحقيق لم يدهشنا ابداً ، فلقد كنا أبتاً في اعمال قنا بها في مستشفى القديس حنا في بيروت بمعونة التفاعلات السلنية على الصاين بالبرداء الزمنة ، ان البرداء يجب ان تحشر في زمرة الامراض البطلة للتفاعل الثاني (anergisantes) ولقد وقنا حينئذ عند هذا التحليل الذي ارضانا ، وكنا نستطيع ان نذهب الى ابعد من ذلك في فهم الحوادث لو كنا شاهدنا كما رأينا اليوم كهبات بردائية لانه لا يقوتنا ان نذكر شأن اصابة الكبد في

عحو التفاعل الثاني .

يقول فيلاورنار وبلوم ونويل فيسنجر وليفيسك ، حيناً يبدو سل في الصفاق في سياق كبة كبد يكون سبه ان عصية كوخ قد لقتحت تلقيحاً ثانوياً الصفاق المريض بفضل تحسس الكبودين الخاص المعروف منذ نويل فيسنجر وروديه المسمى : ابطال التفاعل الثاني الكبدي فهل تكون الحال غير ذلك في الكبة البردائية ؟ كلنا نعلم ان الكبد والطحال هما المضوان اللذان تبدأ الاصابة البردائية فيهما ، واما التفاعلات السلينية التي اجريناها في صفحات البرداء المختلفة فكانت سلبية ولم يبدُ شيء مرئياً سررياً فان الحلية الكبدية كانت مصابة في وظائفها الاساسية . ومهما يكن من الامر فانتا نجد سيين للاسلا في سياق الكبة الضمورية : ابطال التفاعل الثاني البردائي ، وابطال التفاعل الثاني الكبدي المضاف اليه .

وانه ليحسن ان نصل هذا التقارب التفاعلي السلي ما بين الكبات القولية والكبات البردائية ، وان نقول في الحالتين بآلية واحدة هي ابطال الثاني التفاعل الكبدي .



٣- غيبة الكلية والحالب والملحقات اليسرى

واستسقا الكلية اليمنى بالانضغاط

(Absence du rein ,de l'urètre et des annexes gauches
hydronéphrose du rein droit par compression

للطيمين شارل وشوكت القنواني

السيدة أ عمرها ٣٥ سنة ليس في سوابقها المرضية ما يستحق الذكر ، كان طفنها دائماً منتظماً وبدون ألم ومدته سبعة ايام ، متزوجة منذ عشر سنين وقد رزقت خمسة اولاد اثنان منهم في قيد الحياة ومات الثلاثة الآخرون في سن الحداثة بأمرراض مجهولة ، لم تحبض ابداً وقد تمت ولادتها الاخيرى التي بدأت بها عنتها الحاضرة ، منذ ستة اشهر . مرت شهورها السبعة الاولى بدون طاريء ، ولم يأت الشهر الثامن حتى اصيبت بضياغ دم قليل غير منتظم لم تعلق عليه المريضة شأنأ كبيراً واقطعت عتواً وبدون اى معالجة بعد وقت قصير تمت الولادة الاخيرى في دار المريضة في البهاد وطال مخاضها اكثر من المرات الماضية فاستمر ٣٦ ساعة ومات الجنين في اثنائه واعتزتها بعد الولادة حرارة دامت اثني عشر يوماً وشكت آلاماً في الناحية القطنية وفي الحاصرتين وامتد سيلان الحملابة خلافاً للمادة واقلب ضائعات دم أحمر قليلة وغير منتظمة فكانت تقطع يوماً او يومين وتعود بدون سبب ظاهر ، ثم رافقها سيلان نتن .

انت المريضة المستشفى للمرة الاولى في ١٢ تشرين الاول ١٩٣٩ مصابة بسيلان دموي غير متقطع وبآلام في اسفل البطن والكليتين وبوالة وحس للبول لا يظب وقد شعر بمس المهبل بفق صلب مبرعم دام لا يقل لمس ، اقتطعت منه خزعة فجاءت مثبنة لما اشتبهنا به سريراً : سرطان مفرع رصني . فالحالة هي سرطان عنق ظهر في الاشهر الاخيرى من

الحمل فمّر الولادة وإطال المخاض ثم أسرع نموه بعدها ، وقد رفضت المريضة اذ ذاك استئصال الرحم واشمة الراديوم ، وتركت المستشفى في ١٩ تشرين الاول ١٩٣٩ .
وقد شعرنا منذ ذلك الحين بكتلة كيسية في الحاصرة اليمنى . ثم عادت المريضة في ٢٩ تشرين الثاني وصرحت بأنها على استعداد لقبول ما نرتأيه ، ولكن السرطان ويا للأسف كان قد نما نمواً كبيراً ولم يعد مقتصراً على الضيق فحسب بل على قاع المثانة والبرج الجانبي الايمن .

ولا بدّ من طرح سؤال بهذه المناسبة وهو الاتزال الكتلة الكيسية التي شعرنا بها حين الفحص الاول في الحاصرة اليمنى وما هي طبيعتها ؟ أهى كيسية مبيضة ؟ ان الأمر ذو بال لان مؤسسة الراديوم في يروت كسائر المؤسسات الاخرى تستعمل الاشعة المجهولة بعد الراديوم ولا يخفى ان الاستشعاع مضر في كبسات المبيض ومؤهب ايهاا للسرطان ، أجل ان هذا الورم كان قليل التحرك من الأسفل الى الأعلى ومن اليمين الى اليسار وكبسات المبيض أكثر تحركاً ، ولم يكن الورم يصمد نحو الحجاب متى جعلت المريضة في وضعة (تريندلابورغ) ، وكان يشعر بذنب ممتد من قطب الورم السفلي الى الرحم الامر الذي يحتملنا على نقي كبسة المبيض غير انه لم يحل لنا الآفة تمام الجلاء لان العناية السريرية وحدها عاجزة عن ايضاحه وقد اشتبهنا بأفات كثيرة وكان اقربها اليانا استسقاء الكلية الناجم عن ضغط السرطان للحالب على الرغم من استقرار الورم في ناحية دون المسكن الكلوي ومن غية الملازمة القطنية فاقترحنا قطرة الحالب ولكن المثانة كانت متنبهة وتظيرها صعباً ، كما ان قاعها كان مرتشحاً وفوهتا الحالين مستقرتين فحربنا تصوير الحويضة ، وحقنا الوريد بمحلول كينيف من (البياغوراول) غير ان الرسوم التي اخذت بعد ٣٠ و ٤٥ دقيقة وساعة وخمس وعشرين دقيقة من اجراء الحقنة لم يظهر فيها اي ظل للكلية أو الحويضة ، ففتحنا البطن للاستقصاء فاذا بنا نكتشف بين القولون الصاعد والحداد الجانبي ورماً كيسياً خلف الصفاق ولم يكن الاكلية مستقيمة ، وقد دفع هذا الاستسقاء ملحمة الكلية الى وحشي الحويضة المتسعة وتمتحنها وانسبها وفي الجملة فقد كانت الكلية متبوءة ونمتبها اليسرى اقل علواً من شمتها اليمنى ، وحالبها المتسع ، الغليظ بحجم الاصبع والمتعرج سائراً من مركز الحويضة ومتجهاً الى الحوض بعد مصالبته في الامام لقسم

الكلية السفلى والاولوية صادرة عن قعر الكلية الواقع في القسم العلوي ومتجهة الى العالي والانسى .

واردنا استقصاء جهاز البول في الجهة اليسرى فلم نجد اثرأ للكلية اليسرى ولا اثرأ ظاهراً للعالب الايسر والبوق والبيض والرباط المريض بل كانت جميعها غائبة في اليسار مع قرن الرحم المناسب لها ، والنتيجة انه لم تكن لهذه المريضة سوى كلية واحدة يتنى ملتوية سرتها في العالي ولم تتغلق تمام الانغلاق وليس لها في اليسار كلية أو حالب أو ملحقات .
انا استحسنا تقديم هذه المشاهدة اليكم لتدرة هذا التدوؤ فيها فقد ذكر (بوش) نقلاً عن يواريه وشاربي ونقولاً غيبة البوق والرباط المريض وقرن الرحم واحياناً الكلية في الجهة نفسها ، وهو امر توضحه نشأة الاعضاء التناسلية البولية في علم الأجنة .
وهذه للمشاهدة ذات بال لسبب آخر ، هو صعوبة تشخيص الاستقصاء الكلوي اذا اقتصر على الماينة السريرية فان علامته اليائيتين اى الملامسة والاشكال القطعيتين لا يظهران في الغالب ومتى لم تكن الكلية في مكانها سهل فهم الامر كما في الحادثة التي شاهدها احدنا في مستشفى القديس لويس في دمشق فقد بضع امرأة مصابة بانسداد البوق وكشف كيسه وراء الصفاق على الوجه الامامي من العجز ولم يعلم انها كلية يسرى نزلت الى الحوض واستدقت الا بعد ان شق عليها واستخرجها . وقد يبدو استقصاء الكلية أيضاً في الانسى والامام ولو كانت الكلية في موضعها الطبيعي .

فقد بضعنا مريضاً كان استقصاء كليته شيئاً بكيسة جسيمة ثابتة فيها زهاء ليترين من السائل وواقمة على الخط المتوسط وتحديناها بشق على الخط المتوسط وبعد ان اتبنا ثلاثة من الكؤوس التسعة بلقنا كلية يسرى ضامرة واكنها في مقرها الطبيعي .

وقد اجرينا عمليتين أخريين لاستقصاء كلوي ايمن كان الورم فيها بلزراً في الامام تحت جدار البطن الامامي ولم يشعر فيها باللامسة القطنية وترددة كثيراً في كون هذا الورم استقصاء الكلية او استقصاء المرارة او كيسه الكبد وبعد ان اجرينا شقاً عموداً في الامام استأسلنا الكلية عبر الصفاق وقد وقع الاستقصاء في هذه الحادثات الثلاث في خارج الكلية وكانت الكؤوس قد اندفعت الى الوحشي فلا عجب اذا لم يشعر باللامسة القطنية فيها لان هذه العلامة تتيب في مثل هذه الحادثات ومتى غابت هذه العلامة اليائية

يلجأ الى طريقتين : قطرة الحالب التي تدلنا على حجم الانحباس الحويضي ، ورسم الحويضة اللذين ينفي بهما كل شك ، هذا اذا اشتبه باستسقاء الكلية غير ان الاشتباه به قد يبعد عن الفكر ايضاً . وقطرة الحالب في مشاهدتنا لم تكن ممكنة ورسم الحويضة لم يأت باقل المعلومات واما فتح البطن الاستقصائي وحده فقد ارشدنا الى التشخيص .



تقديم بعض من المرضى

قدم الاستاذ لوسر كل في نهاية الجلسة مريضاً مصاباً بكسر القبة والقاعدة مع اعراض وذمة الدماغ وقد عالجته بتخفيف القديتين التجميتين اليسرى واليمنى ثم بقطع الصب الفقري الايسر فالصب السباتي .
وقدم مريضين آخرين مصابين باضطرابات معدية معوية عالج الاول منهما بقطع عصب حشوي والآخر بقطع العيين الحشوين وفي ما يلي مشاهداتهم المختصرة .

١ — عمر عمره خمسون سنة سقط على رأسه من علو اربعة امتار فعقد رشده في الحال ونقل الى المستشفى العام في ١٤ تشرين الثاني من السنة ١٩٣٩ وهو في حالة السبات . ولم يكن في فروته أقل جرح ولم تبد أقل علامة دالة على كسر قبة او قاعدته الا الدم في السائل الدماغي الشوكي . وكانت حدقته مقننة وفقد الحسيات تامة ومنمكساته محبوة وكان يبول في فراشه . غير ان ارتشاج دم طفيفاً في ناحية الحدة القفوية اليسرى حملنا على الاستقصاء في ذلك المكان بعد دخول المريض بساعة فبدا بعد شق الجلد كسر نجمي مع تشعب دائري الى القاعدة كما لو كانت القبة جميعها قد انفصلت فزعت الشظايا واستقصي ما تحت العظم فلم يبد ورم دموي ولم تكن الام الجافية نابضة فشقت ولم يظهر تحتها ورم دموي بل ان الدماغ اغتقت فجأة من خلال الشق السحائي فوسع الحج حتى رد الفتق بعد ان خف الضغط السبطن للجمجمة .

وقد بزل البطين الجانبي فلم يستخرج منه دم ولا سائل متوتر فاغلاق الجرح على ذبالة من الفري ميلا للصل .

فلم تبدل الحالة في ١٥ تشرين الثاني واستمر السبات عشرة ايام وبدت كدمة واسعة

شغلت الناحية الوقية اليمنى جميعاً والناحية الحشائية القصية في الجهة نفسها ، الامر الذي جعلنا على اظن بكسر متسع بضاد الصدمة في هذه الناحية .

وكان بقطر في شرح المريض في كل يوم من محلول كبريتات المغنيزيا بنسبة ٢٥ ٪ . وقد فاء الجرح في ٣٠ تشرين الثاني ببعض كدمات لا تفهم واخذت الحركات في العودة غير ان ببطء التحسن دعانا الى تجربة تخفيف القعدة التجمية اليسرى بالتدريج كايين في ٢ كانون الاول املاً بتحسين الدوران الدماغي . وقد اعيد التخفيف في اليوم التالي في الجهة اليمنى . فلحظ من يحيط بالمريض ان حالته تحسنت فرفأته وخاطب المرضات وسأل عن المكان الذي هو فيه . وقد كررت التخفيضات بالتناوب في اليمين واليسار ثلاثة او اربعة ايام فتاج التحسن سيره غير انه وقف اجيراً عند حد

فقطع عصب الفقري الايسر في ١٢ كانون الاول فبدأ في اليوم التالي بحسب قول من يراقبون المريض تحسن يذكر وتمكن المريض من تناول الطعام وحده وذكر ان له اولاداً آخرين ووقف بلا ميين واتجه توأ الى بيت الحلاء بدون ان يضل طريقه .

وفي ١٤ كانون الاول عرف للمرة الاولى انه في المستشفى واجاب عما سئل عنه واعطى بعض الافادات الصحيحة عن عيلته وزواجه ومهنته وبيته وتحسنت حاله . غير ان صفاء حالته القليلة لم يكن يطول بل كانت اجوبته تشوش بعد بضعة دقائق لما يتره من التعب الذي يقتضيه الاجابة الصادقة عن الاسئلة التي كانت توجه اليه .

وكان التحسن بطيئاً من ١٤ — ١٨ كانون الاول فقطعت في ١٩ منه الالياف المطلوبة للعقاة الرقية العليا (الصب السباتي) في اليمين واكملت العملية بقطع الودي حول السباتي الباطن قبل دخوله القحف . فبدأ في نهاية العملية تبدل في لحن الصوت . وفي ٢٠ منه كان المريض هادئاً ومجيب عن الاسئلة اجوبة دالة على الفهم غير انه كان يعود الى الخلط في اجوبته بعد ان تطول المحادثة . وهما يكن فان المريض ومن يحيط به كانوا مسرورين من النتيجة . وقد ترك المريض المستشفى في ٢٥ كانون الاول عائداً الى بيته بعد ترك الحيوط .

.....

سليمان عمره ٤٠ سنة يشكو منذ زمن طويل تطلباً وآلاماً في الناحية الشرسوفية بعد

الطعام حتى انه كان يضطر في معظم الاوقات الى احداث القيء طلباً للراحة . وكان يعتريه في الوقت نفسه اسماك مستعص فلا يتغوط في كل ٣ ٤ ايام الا بعد ان يجرع مسهلاً بدت معدته باللبانة الشعاعية سليمة وانفراغها من الباريات طبعي ولم يدُ بمعاينة الامعاء الشعاعية الا بعض التوسع مع تزور في القولون المعترض.

فقطع عصب الحشوي في ٣٠ تشرين الثاني ١٩٣٩ وسمح له بعد العملية بضمه ايلم يتناول الاطعمة فزال ألمه وتحسن هضمه وغلبت اقباءه وعاد تغوطه طبيعياً مرة حتى مرتين في اليوم .

ولم يدُ بللبانة الشعاعية بعد العملية تبدل تشريحي في المعدة او القولون .

.....

احمد . . . يتألم منذ ثلاثين سنة من معدته بعد الطعام بساعتين الى ثلاث ساعات ولا تزول آلامه الا بعد ان يقيء او يحدث القيء

يعتريه قبض في الغالب وقد استشفى في خلال ستين ثلاث مرات لهذه الاضطرابات المدية المعوية فتحريت التحولات في غائطه فكانت سليمة . ودلت البعينة الشعاعية ان معدته هابطة حتى الحوض الصغير وكشفت قولوناً عرطلاً .

فقطع عصب الحشوي الايسر في ٢١ تشرين الاول فبدأ تحسن آني فاقطعت الاقباء وزالت الآلام وحلَّ التغوط اليومي مكان القبض .

وبما ان المريض كان لا يزال يشكو بعض التطلب بعد الطعام قطع عصب الحشوي الايمن في ٣١ تشرين الاول انماماً للنتيجة . وترك المستشفى في ٣٠ تشرين الثاني وعون في ١٥ كانون الاول فافاد ان الآلام قد بلرخته وانه اصبح قادراً على تناول الاطعمة التي لم يكن يستطيع هضمها قبل العملية وان الآقباء قد زالت تماماً وانه يتغوط مرة في اليوم .

وقد دخل المستشفى ثانية في ٢٤ كانون الاول لاضطرابات قولونية متصفة باسهال ومواد مخاطية وترك المستشفى في ٩ كانون الثاني سنة ١٩٤٠ .

٢٠ خ .

● ● ●

معالجات صغرى لسلس الرئة

نشر ليلونغ مدير مصح السين تحت هذا العنوان مقالاً فيه آراء خاصة سديدة فأثرنا نقله لقراء مجلتنا تكميلاً للفائدة قال:

أية المعالجات نصف لمصاب بسلس الرئة متى خابت فيه محاولات استهواء الصدر (pneumothorax) الصناعي ولم يذعن للمعالجة الجراحية قبل ان يستنفد جميع المعالجات الاخرى ؟ بل ما عسانا هتروح على مريض تسرب اليأس في قلبه بعد ان قضى في المصحات اشهرأ طوالاً ولم يستفد اقل فائدة واتنا ملحاً باستعمال معالجة تخفف عنه وطأة الداء ؟ بل كيف نحسن الاضطرابات الوظيفية في اشخاص أجري لهم تصنيع الصدر - (thoraco - plastie) واستهواؤه وما زالت تزعمهم هجمات من التهاب القصبات او ما برحت تسوء حالتهم العامة على الرغم من انخفاص آفاتهم الرئوية ؟

ان هذه المضلات يجابها في كل يوم اطباء المصحات فيصعب عليهم حلها اكثر من الاشارة على هذا باستهواء الصدر او على ذاك بتصنيعه . وغير نكير ان الاستهواء والتصنيع اصبحا من المعالجات الاساسية في سلس الرئة غير ان مجموع المرضى الذين يستطيعون الافادة منهما لا يزال قليلاً . ان هؤلاء الذين لا يجوز تصنيع صدورهم يجودون في المعالجات التي سنذكرها ما يخفف عنهم اجل انهم قد يستفيدون من النظام الصحي والتدائي المديد الذي يفرض عليهم في المصحات فائدة محققة غير ان هذه المعالجات الاخرى الصغرى التي تختلف باختلاف المرضى لا تنكر فائدتها واذا لم تكن معادلة للوسائط المستعملة في خمس الرئة (collapsothérapie) فقد تأتي بعض الفائدة . وهذه هي غايتنا من الكلام عنها في هذا المقال :

وليست غايتنا ان تأتي في هذه السجالة على ذكر جميع ما استعمل من الوسائط بل نود أن نذكر ما اثبتت لنا السنوات الكثيرة التي قضيناها في المصحات فائدته حتى انه اصبح حراً بالنشر . واليك هذه الوسائط : الاضطجاع الجانبي المائل، والمعالجة بالسكن،

واستعمال المشتقات الجاوية بطريق الوريد ، واستعمال الحيوين C هذه المعالجة الحديثة الاخيرة .

١ - الاضطجاع الجانبي المائل

ان راحة المريض العامة في فراشه تكملها ذاحة موضعية يستطيع الحصول عليها بأوضاع خاصة اهمها الاضطجاع المائل .

وطريقته سهلة : يضع المريض على فراش او كرسي خاص مستعمل في المصحات بدرفع قدمي السرير بقطع من الحشب او الاجر او بد تطويل قضبي السرير اذا كان من النوع الذي يستطيع تطويله . ورفع السرير عشرين الى ثلاثين سنتيمتراً غير كافٍ فان اكثر مرضا لا يدأون اضطجاعهم المائل بل يعين سنتيمتراً ثم يزيدونه تدريجياً الى ستين حتى الى ثمانين وتسعين سنتيمتراً . وعلى المريض ان يستند بظهره مباشرة الى سطح السرير او اذا كان الاضطجاع جانبياً ان يستند اليه بكفئه وتوضع وسادة فقط تحت رأسه .

وعليه ان يصرف معظم نهاره . وليله كله في الوضع الذي اختاره وقد كانت افضل النتائج في المرضى الذين كانوا يصرفون ١٨ ساعة من يومهم في هذا الوضع المائل طيلة اشهر عديدة . وقبل الرضى على هذه المعالجة برضاهم واختيارهم بد ان يلمسوا بأيديهم فائدتها في رفاقتهم راغبين في تجربتها قبل ان يجازفوا في الالتجاء الى خص الرئة الجراحي ويحتمل المرضى هذا الوضع في الغالب واذا اعتراهم شيء من الانزعاج واضطراب الهضم في البدء فانه سريع الزوال وبقية شعور براحة يقد للرضى ذكرها والاضحاح عنها ، حتى ان بعضاً من المرضى الهزلى المسترخية جدد بطونهم والمصابين بهبوط الاحشاء كانوا يشعرون تحسن وظاقت الهضم علاوة على تحسن آفتهم الرئوية غير ان هؤلاء الهزلى ليسوا في الغالب المرضى الذين يمل فيهم الاضطجاع المائل فله الباهر بل المرضى السامين الذين جسمت بطونهم . ولعل لضغط احشاء البطن التي تدفع الحجاب بعض الفعل ايضاً بانقاص سعة الرئة ومساعدة الوضع المائل . ولم يطرأ نكت دموي مطلقاً في خلال هذا الوضع ليحملنا على قلة استعماله .

لترأ أولاً استطبابات الوضع الجانبي المائل في مرضى لم يعالجوا بمعالجات اخرى من شأنها خص الرئة . ان المرضى الذين يشار عليهم بهذا الوضع مصابون عادة بسبل رئة

واحدة أو بسلاً شديد الوطأة في إحدى الرئتين وخفيف في الرئة الثانية . وتقع آفاتهم في قبة الرئة أو نصفها العلوي سواء أكانت ارتشاحاً بسيطاً أو شكلاً ليفياً جينياً أو جيباً حامطاً بملحمة (parenchyme) سليمة . وغير نموذج لآفة يغل فيها الوضع الجانبي المائل ما وقع في فص الرئة العلوي سواء أكان مجوفاً أم لا ، ولا سيما متى كانت قد بدت علامات دالة على الانقباض : انحراف النصف الطفيف وبدء انقباض جدار الصدر وارتفاع الثقبير (hile) فيبد أن يحاول عبثاً في حالات كهذه الاستواء الصناعي يشار على المريض بالاضطجاع الجانبي المائل على الجهة المريضة . وليس سبباً فهم آلية هذا الوضع : فإذا كانت الآفة التهاب القصب العلوي الأيمن واضطجع المريض على جانبه الأيمن ثبت جدار صدره الأيمن يد أن نصف حجاب الأيمن يملو وتحرك حركات واسعة . فيكون قسم الرئة العلوي وهو الجزء المريض منها قد جل في حالة الراحة وقد استفيد من استعمال القاعدة السليمة بحركات الحجاب الواسعة وهذا ما يرمى إليه في المالحات .

وأما الجهة اليسرى أو الجهة الحرة فتحرك جدارها حركات واسعة وتحمل سعة حجابها فلا بد ، والحالة هذه ، من سلامة هذه الرئة أو خفة الآفة فيها والا أسرع سير الآفة واستفحل بسبب هذا الوضع المائل على الجهة المريضة . وإذا وقت الآفات في الرئتين لا يشار بالوضع الجانبي المائل بل بالاضطجاع الظهري المائل الذي تستند فيه الكتفان إلى سطح السرير . وقد استعملنا هذا الوضع في سل الرئتين بعد أن بدا لنا الاستواء المزدوج مستحيلاً أو لمرة انقباض الآفات وتبين الجهة التي يصح الالتئام بخصها . وقد فوجئنا في بعض المرضى بمفاجأة حسنة زوال الآفات التام في أحد الجانبين أو في الجانبين معاً بعد هذا الوضع والوضع المائل واسطة مكتملة للوسائل الأخرى المستعملة في خصص الرئة فإذا جاء بعدها كان شفاهاً غير أن ما تكلم عنه في هذا المقال هو استعمال الوضع المائل في حالات لم تخصص فيها الرئة بالوسائل الأخرى غير أننا إذا جئنا على فعل الوضع كواسطة متممة للوسائل الأخرى فليسكي لا يظن القارئ أن هذا الوضع ممنوع بعد استعمال تلك الوسائل فإذا قطع لمريض عصب حجاب كان في الوضع الجانبي المائل أفضل واسطة لنجاح العملية . وإذا صنع صدر مريض كان في اضجاعه على جهته المضبوقة متى أصبح اضجاعه عليها ممكناً خير متمم لفعل العملية الجراحية حتى أن هذا الوضع الجانبي المائل قبل العملية مفيد أيضاً

وانه ليطول بنا البحث اذا جئنا على ذكر المشاهدات الكثيرة التي جنينا منها احسن النتائج من الوضع الجانبي المائل غير اننا نكتفي بمشاهدة مريض فقط مصاب بتهاب الفص العلوي الايمن المحترق بالجواف كثيرة وقد اقترحنا عليه تصنيع الصد فالح تجربة هذا الوضع قبل قبول المعالجة الجراحية وكانت النتيجة ان كهوفه انقلقت بعد بضعة اشهر وعصيات كوخ غابت من قشاعاته . وقد دخل هذا المريض المصح بعد ان قطع عصب حجابيه ولم يستقد .

وان ما جنيناه من الفوائد التي لم نكن لنفكر فيها تدعونا الى الاشارة باستعمال الوضع المائل ونحددنا الى نشر هذه النتائج ليستعملها سوانا في مرضاهم الذين يرفضون المعالجة الجراحية .

٢ — المعالجة بالسليين (Tuberculinotherapie)

ليست غايتنا ان تأني على ما دار من المناقشات الحادة حول هذه المعالجة ولا على الآراء المتباينة المتضاربة فيها لان هذه الاختلافات تملل بتباين الرضى الذين استعملت هذه المعالجة فيهم وبما لا شك فيه انها لا تزال حتى اليوم تأني بأجل الحمد في فئة معينة من الرضى فهي لا تستعمل ابداً في الرضى الذين قدم الهدى على آفاتهم او اعترضهم الحمى وساعت حالتهم العامة او طرأت عليهم اختلاطات حثوية .

فقد اتت المعالجة بالسليين بتأني حصة في مرضى مسممين بذيفانات السل غير انهم خالون من الآفات الرئوية او على الاقل من الآفات الرئوية الآخذة في السير حيث لا يحصى اقل تفاعل في البؤرة . وقد حسنت هذه المعالجة ايضاً بعضاً من السلولين المزمنين الذين لا يزالون محتفظين بحالة عامة حسنة والذين خابت فيهم جميع المعالجات المضادة لسل فكانت السليين خير اداة في تمحين حالتهم .

وقد اكتسب بعض من المرضى بعد ان قضوا مدة طويلة في المصحة حالة عامة تبين على الرضى غير انهم احتفظوا بآفات موضعية من السل اللبني الجبني متصفة بعلامات واضحة بالاسماء لم تستطع شتى المعالجات تبديلها فبعد معالجتها بالسليين اخفت تبدل سائرة في طريق الشفاء وليلحم مع ذلك ان المرضى المعالجين بالسليين لا تظهر فيهم دائماً تبدلات واضحة بالفحوص الجرثومية والشماعية . بل ان نتيجة المعالجة تنمى بحسن العلامات اجمالاً : ولا سيما التانة

بدء المعالجة ان تمديد على المخطط المقادير المحقون بها واقصى درجة وادنى درجة للحرارة مع النبض والوزن والتشنج لتلم النتائج المجتناة من المعالجة .

ويفضل ألا تماجل الحادئات الحية في البدء بل الحادئات المزمنة لتلم نتيجة المعالجة ويستنتج من الاختبار الطويل ان المعالجة بالسليين جائزة فقط في حالات لا تمتدى فيها درجة الحرارة ٣٨.٥ ولتراقب في سياق المعالجة وظيفة انبوب الهضم ويعالج اذا اقتضى الامر المعالجة اللازمة .

وتصنع الحقن بمحقنة خاصة تسمى محقنة السليين وسعتها ستتمتع مكعب واحد . وهي مدرجة عشر درجات وكل منها مقسومة قسمين بمحيط اقصر . ويشتبر كل سم ٣ غراماً واحداً تسهيلاً للامر فتعادل كل درجة عشرة سنتغرامات من السيلفانين وكل نصف درجة خمسة سنتغرامات وكل ربع درجة ٢.٥ ملغراماً وهي المقدار الذي تبدأ به المعالجة . وتبين مقدار ٧ سنتغرامات سهل ايضاً بهذه الحقنة .

وليتنبه الى فقايع الهواء لانها اذا دخلت الحقنة شوشت المقدار الحقيقي . ويجب غسل الحقنة بعد الاستعمال بمصل غريزي فيني بنسبة ١/٢ .

وتصنع الحقن بالتعاقب في الساعدين والضدين واذا اقتضى الامر في الضدين ايضاً ويحتب صنع حقن كثيرة في مكان واحد . وحذار من الحقن تحت الجلد او الضلالت او الوريدات والا كان التفاعل شديداً . والتفاعل اخف اذا ما صنعت الحقنة في السهرة او بعد الظهر وقد ذكرنا ان المريض يتحمل السيلفانين اكثر من السليين وان الطيب يستطيع بلوغ المقادير الكبيرة بسرعة .

يبدأ بخمسة وعشرين ملغراماً اي بربع درجتوسترج المريض ثلاثة ايام وتراد المقادير على الوجه التالي : الحقنة الثانية خمسة سنتغرامات ثم سبعة فشرة فخمسة عشر فمشرون اي تراد كل حقنة عما قبلها خمسة سنتغرامات حتى الستين سنتغراماً ثم تراد كل حقنة بعد بلوغ هذا المقدار عشرة سنتغرامات حتى الستمتير المكعب . ومتى بلغ مقدار الحقنة ٧٠ سنتغراماً تجل الفاصلة بين كل حقنة وما بعدها ٤ — ٥ ايام

ومتى اصبح المقدار ستمتراً مكعباً تبدوا احدى هذه الحالات :

١ — تكون حالة المريض العامة حسنة والآفات الرئوية ايضاً فوقت المعالجة

ثلاثة الى اربعة اشهر مع مراقبة المريض عن كثب ثم تعاد المعالجة على هذا النحو حتى الشفاء وهذا الطرز حسن غير ان المرضى ينتظرون في الغالب نكساً يطرأ عليهم ليرجعوا الى الطبيب فينشوش سير المعالجة وتختل نتائجها .
أو ان المعالجة تتبع بدون انقطاع فكمثل باستعمال المستحلب الصوي المعدل فالمستحلب الصرف .

٢ — او ان حالة المريض العامة لا تمتد على الرضى على الرغم من تحسنه فتتبع المعالجة حينئذ بدون انقطاع زيادة عشرة سنتغرامات في كل حقنة حتى السنتمتر المكعب والنصف او السنتمترين في الحقنة الواحدة ثم بالاستحلب كما ذكر اعلاه .
ومتى بدا تفاعل حمي ولو لم يمد بضعة اعشار الدرجة تستحسن اعادة المقدار نفسه الذي احدث التفاعل مرة او مرتين ولا يجوز الصعود الى مقدار اعلى الا متى احتمل المريض جيداً المقدار الذي سبقه وعلى المريض طيلة المعالجة ان يواظب على الراحة ما امكن وان يتفدى تغذية حسنة ليزداد وزنه فيكون ذلك دليلاً اكيداً على نفع المعالجة .
ومتى روعيت هذه القواعد في المعالجة بالسليين جنى المرضى منها غير النتائج فتحصنت حالتهم العامة وآفاتهم الموضعية : ازداد اشتهاؤهم ونشطت قوتهم وزال عرقهم وارتفع وزنهم واتظمت حرارتهم ونفضهم وقل سعالهم ثم زال ونضب تقشهم وزالت الصيات منه وتحسنت في الوقت نفسه علامات الاستثناء .

٣ — المعالجة بمشتقات الحامض الجاوي بطريق الوريد

استعملنا جميع ما اطلق به فن المعالجة من المركبات الكيميائية ١. كالحامض السيل وقد عادنا الآن عن استعمال ملاح الذهب الا في بعض الحالات النادرة كما لو سألنا احد المرضى ملحاً باستعمال ملح الذهب الذي جنى من استعماله في السابق فائدة كبيرة. والامر الذي لا خلاف فيه هو ان استعمال ملح الذهب لا يخلو من الواراض اياً كان المركب المستعمل وقد عالجت كثيراً من هذه الواراض فكان افضل ما نصدده اليها محلول الفليكو كول .
بنسبة ٤ ٪ حقناً في الوريد والمثابة على استعماله طويلاً حتى ان استعمال الفليكو كول وملاح الذهب في آن واحد يقلل هذه الواراض ويخفف وطأتها .

وقد جنبت مدة من الزمن فوائد حسنة من حقن الوريد بزرقة المائيلين غير ان هذه

الفوائد كانت موقنة وكان لا بد من الاقرار بأن زرقه المائيلين كعلاج الذهب لا فائدة كبيرة منهما في معالجة السل .

وقد استعملنا جارات الصودة حقناً في الوريد منذ زمن في عدد عديد من المرضى واقتننا انه اداة ثمينة في معالجة بعض من اشكال السل الرئوي .

وقد سهل استعماله منذ ان بيعت في التجارة مشتقات الحامض الجاوي ولا سيما جارات الديثانولامين (benzote de diéthanolamine) التي تقل سميتها ولا تصلب الاوردة فضلاً عن سهولة انحلالها

وقد استعملناها فلم نلق منها عوارض تذكر الا بعض اضطرابات هضمية بعد الحقن الاولى . ويجب ألا يسأل بها جميع من كانت اكبادهم وكليهم في حالة سيئة . وفضل طرز استعمال العلاج هو حقن الوريد يومياً بحجاجة فيها عشرة سم ٣ من جارات الديثانولامين في محلول مائي نسبته ٢٠ ٪ / طيلة عشرين يوماً متتابة . وحينما كانت تخفي الحالة باستعمال سلسلة ثانية من الحقن تفصلها فاصلة عن السلسلة الاولى لم تكن النتائج باهرة كما في المرة الاولى .

واما المرضى الذين يستفيدون من هذا العلاج فهم الذين تكثر قشاعتهم فان التشعع ينضب بسرعة والسعال يخف فينام المريض نوماً هادئاً وتحسن اشتهاؤه ويطو وزنه ويستعمل الحقن بمشتقات الحامض الجاوي في المرضى الذين على الرغم من تصنيع الصدر يظلون مصابين باعراض زلة قصية وتشعع غاطي وافر فان هؤلاء يجدون في هذا العلاج خير اداة لتحسين حالتهم . فمشتقات الحامض الجاوي مفيدة كل الفائدة قبل المعالجات الخاصة للرئة (استهواء الصدر ، وقطع عصب الحجاب وتصنيع الصدر ، والترصيص « plombages ») فهي تخفي القضاء البرم على العييات بعد ان كانت لا تزال في القشع بعد المعالجات الآفة الذكر . واما في الحوادث التي لم تعالج بمحسوس الرئة فمشتقات الجاوي وحدها لا تأتي على العييات ولا تمكن من تحسين الحالة تحسناً يذكر .

٤ — المعالجة بالحويون C

انما نذكر القراء بمشاهدات ذوات الجنب النزفية التي كانت تقع في سياق استهواء الصدر الاصطناعي فقد تحسنت تحسناً محسوساً بالحويون C

ليس من مجهل الصوبة التي يجابها الطبيب في معالجة ذوات الجنب هذ. سواء كان الانصباب زفياً وثالياً لاستهواء الصدر او كان مبكراً وذاً سير حاد خطر . وقد توصلنا بحقن الوريد بالحيون C الى تحسين هؤلاء المرضى . وليس لهذا الحقن من المخاذير ما للاستنشاق والطرائق الاخرى .

ومما يجب لفت النظر اليه هو استعمال مقادير كبيرة من هذا الحيون وبطريق الوريد حتى بطريق جوف الجنب فقد حقنا اوردة مرضانا في الايام الاولى كل يوم بمحتوى حبة من الحيون C قوامها ٢٠٠٠ وحدة دولية . ولم نلجأ الى جل الحقن مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع الا بعد ان بدا التحسن السريري ثم تابنا هذه المعالجة المخففة طويلاً .

واذا كان بعض من المؤلفين قد خاب في معالجة هذه الانصبابات النزفية بالحيون C فلأن المقادير التي كان يعطيها قليلة ولانه استعمل هذا الحيون بطريق الهم .

وان ما نلناه من النتائج الحسنة في معالجة هذه الانصبابات النزفية يحملنا على الجهر بفائدة هذا الحيون والحث على استعماله لانه خير ما يسد الى هذا الاختلاط الذي لم تكن لتتبع فيه وسيلة .

٢٠ خ .



سرطان الرئة البدئي

وطريقة تشخيصه

طراً في السنوات العشرين الاخيرة تبدل كبير على سرطان الرئة البدئي واختلفت معلوماتنا بشأنه عنها في السابق . ويظهر ان هذه الآفة قد ازدادت حدوثاتها لتبدل طرز المعيشة ونمو الصناعات وكثرت اشكالها فبنت منها علاوة على الاشكال القديمة المروفة اشكال مبهمه فازداد التشخيص غموضاً وصعوبة . فسرطان الرئة في بدئه ودم موضع واتباع عقد النصف فيه علامة متأخرة ومعالجته الجراحية في البدء واجبة .
يقلد سرطان الرئة دائماً الآفات الرئوية والجنبية والقصية الزمنة واشكاله البارزة هي :

الاشكال ذات الفؤج الرئوي

الاشكال الموسعة للقصبات

الاشكال المتقيحة

الاشكال السلية اللوهمية

الاشكال النصفية الرئوية .

الشكل الرئوي : يسعل هؤلاء المرضى ويتقلون ويشعرون بزلة (dyspnée)

لا يبرها الطبيب اهتماماً لانهم يدخنون في الغالب بل تنسب آفتهم الى التدخين غير انها تنصف مع ذلك بصفات خاصة اذا دقق فيها . فان السعال الذي يمتاز باستعصائه قد يتخذ لحناً شرقياً (coqueluchorde) وانما التقشع المخاطي او المخاطي الصديدي فتأدد في الغالب وقد يثيب . ونفت الدم قل ان يكون هلامياً واحمر مسوداً بل هو في الغالب احمر

قرمزي وأفر أو قليل حتى انه قد لا يكون الا بضع خيوط دموية في الثغلات . وهذا الثفت الدموي اياً كان شكله مبكر في الظهور حتى انه يعد العلامة المنذرة بالداء وبالخال من عصيات كوخ .

والعلامتان التان يعتمد عليهما في تشخيص سرطان الرئة هما الألم الصدري والزلة: فالألم الصدري هو في الغالب علامة الداء الأولى واذا كان خفيفاً في بعض الحادثات فانه عادة حاد ومتواصل مع اشتدادات متتعة على مسير الاضلاع وفي الظهر والكتف . واما الزلة فتفي بدت وكانت العلامات الفيزيائية قليلة والحالة العامة حسنة فبعت على الشك في سرطان الرئة . ولا سيما متى اشتدت وازعجت المريض فلم يعد قادراً على احتياها واضطر بسببها الى الامتناع عن كل عمل

هذه هي العلامات المنذرة التي يشكوها المريض غير ان الآفة لا تنضج الا بعد العايتين السريية والشماعية . فقد تكتشف بؤرة تكتف محدودة في قاعدة الرئة او قها مع انكماش الصدر الوضع وخرس (matité) وصمت تنفسي او يظهر تناذر كني واضح مع خرس وقفظة وغراخر جوفية وقرقرة او تناذر مسدف (fruste) لا يبدو فيه غير قعص (craquement) وعمهمة (pectoriloquie aphone) او يظهر تناذر تصلب درئوي متصف بشبه الصدر وخرس خفيف وقص التوجات الصدية والحفيف التنفسي . واذا شك في سرطان الرئة لهذه الاعراض اللبمة التي ذكرناها فنش عن القدر اللفاوية المنتجة في الابط وفوق الترقوة ويستحسن استمعها عقدة ومايشها اللسيجية .

اما الاشمة فتكتشف ظلاً جسياً يكاد يكون متجانساً في قة الرئة او قاعدتها او في ملتها عاناً عن القمة والقاعدة مختلفاً عن ظل الكيسة المائية بعدم انتظامه . وتكتشف في الوقت نفسه شلاً في الحجاب فتحمل على الشك في السرطان

الشكل الموسع للقصبات : هو شكل كثير الحدوث فتفي بدا توسع قصبي في شخص ما بين الاربعين والستين من عمره ورافقه حمى وكانت حالته العامة لا تزال حسنة غير انه شكا في الوقت نفسه ألماً صدرياً مستعصياً او قتاً دموياً ولم تكتشف في فشاغاته عصية كوخ شك في سرطان الرئة . ولا تختلف العلامات السريية في هذا الشكل عنها في توسع القصبات غير ان الفحص الشماعي يكشف علاوة على تكتف الرئة شلل الحجاب يد ان

حركات الحجاب في توسع القصبات لا تغلج بل تبقى ولو صغرت
الشكل المتقيح : خادع وغامض جداً لأنه يحمل على الظن بخراج الرئة . حتى ان

انفتاح بؤرة الخراج في القصبات وانقراضها قد يكون مفاجئاً ولا يستدل من صفات الصديد انه صديد خراج سرطاني لانه مشابه تمام المشابهة لصديد الخراجة العادية . وليس التقنع في الغالب تنأ غير انه قد يكون كذلك . ولكن نقت البه كثير الحدوث وخطر خلافاً لما هو عليه في تقيحات الرئة العادية ولا يستدل من المعانة السريرة والشعاعية ما يحمل على الظن بسرطان الرئة لان العلامات شبيهة بعلامات خراجة الرئة .

الشكل السلي الموهم (pseudo-tuberculeuse) : يشابه السل بالهزال السريع

والحمى الثابتة والسعال والتقنع ونفث الدم . والعلامات السريرة والشعاعية شبيهة بسل الرئة غير ان تحري عصيات كوخ في التقنع يظل سلباً

الشكل الجنبي : يتقيا بنموذجين : في الاول : يظهر انصباب الجنب مرفقلاً سرطان

رئة واضحاً في الغالب ويسهل كشف الورم الرئوي في الغالب سريراً وشعاعياً . واما في الثاني فيظل الورم الرئوي غامضاً ويتطلب انصباب الرئة

ويتصف البدء الغامض بألم وزلة اشد مما في نوات الجنب الحادة العادية . وتكشف المعانة السريرة انصباباً وافراً وتستخرج بالبرل كمية قليلة من السائل ولا تنحف العلامات الوظيفية بعدها . والسائل المستخرج مصلي ليفيني في الغالب او زرفي وقد يكون كيلوسياً وسود السائل بسرعة بعد البرل .

ويكشف الرسم الشعاعي ظلاً في ذات الجنب . ومتى بدت ذات جنب في شخص عمره ٤٠ — ٦٠ سنة يجب ان يفتش في الرئة عما اذا كان ورم فيها ام لا .

الشكل المتصني الرئوي : يظهر المريض بمظهر مريض مصاب بورم المتصف المتصف

بعلامات انضغاط الاعضاء فيه . غير ان هذه العلامات قل ان تكون قامة وهي في الغالب ناقصة وتجب اعادتها الى السبب الذي احداثها . فان ازرقاق الوجه والزلة الاشتدادية والصوت الاصحل او المزدوج اللحن وعسر البلع علامات تحمل على الظن بسرطان

المتصف فعلى الطبيب أن يفتش عن علامات الانضغاط هذه حتى اذا بدت له كان عليه ان يكمل معاينه بمعاينة شعاعية يكشف بها علاقة الورم بالرئة .

.....

هذه هي المظاهر التي يظهر بها سرطان الرئة البدئي غير انها قل ان تكون جديما واضحة بل كثيراً ما يختلط بعضها بالبض الآخر فيزداد الامر غموضاً .

٠٢٠٠ خ

●●●

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في آذار السنة ١٩٤٠ م الموافق لحرم السنة ١٣٥٩ هـ

جراحة الودي

(Chirurgie du sympathique)

للعلم لوسركل استاذ السرريات الجراحية

اخذت جراحة الودي في هذه السنوات الاخيرة تدهور مستفيدة من التشريكات العديدة التي اذاعها المشرحون والفرائون عن هذا الجهاز ويقتبس من هذه الاعمال عدد من المعلومات لا غنى عن ذكرها قبل ولوج مبحث المعالجة .

فقد ثبت كما يظهر ان مدى الودي هذا الجزء من الجهاز العصبي الذي يرأس، وهو صامت هاديء وعينه لا تنام ، حياة جميع الاعضاء والنسج، كان اكثر من مدى الجزء الثاني من الجهاز العصبي المسمى جهاز حياة المشاركة العصبي . وهذان الجزءان اللذان فصلهما علم التشريح ليسا في الواقع الا وحدة لا تتجزأ لان القسم المركزي من الجهاز العصبي شامل لحياة المشاركة وللحياة الانباتية (végétative) واذا جازت قسمة الجهاز العصبي فانها لا تصح في الظاهر الا في الاقسام المحيطة من البدن

ويقتبل الجهاز العصبي المركزي في الواقع جميع التأثيرات التي تنقلها استطلاات الخلايا الحسية خارجية كانت هذه التأثيرات او داخلية . فتفعل هذه التأثيرات في الخلايا الحركية المخططة التي تقوم بوظائف خلايا المشاركة وفي الخلايا الحركية المس والقلبية او في الخلايا المفرزة التي تتحقق بها سلامة البدن وحفظه (الحياة المضوية او الانباتية) .

وابرز فرق بين هذين الجهازين هو ان المراكز الانعكاسية في حياة المشاركة واقعة جميعها في المحور العصبي (nevraxe) اي انها مركزة يد ان هذه المراكز في الحياة الانبائية مركزة او محيطية فاذا كانت مركزة وقمت في المحور العصبي او محيطية وقمت في جهاز القعد الذي يقصف به الودي المحيطي وتمثل هذه الجاهات العصبية (neurones) في الواقع مخاضاً في خارج القناة الفقرية

ويشتمل الودي عدا ذلك على قسمين :

- ١ — الودي الكبير الدرسي الذي يتوزع في الاعضاء جميعها والنسج .
- ٢ — نظير الودي (parasympathique) الذي درس حديثاً ويقسم قسمين
الجميعي والحوضي .

واذا نظرنا الآن الى وظائف الودي الكبير اجلاً لا يمثل لنا :

- ١ — الصب الكبير المحرك لالياف الازوعية اللس (الوظيفية الحركية الوعائية) والصب المحرك للقلب اي المسرع له .
- ٢ — عصب الوريقة الظاهرة (ectoderme) والغدد العرقية (الصب المفرز المرق) والغدد الشحمية والشعر والغضلات « الصب الشرعي الحركي » وما الجلد والحالة هذه الا مرآة الودي الكبير .

- ٣ — الصب الموسع للقرجية والصب العيني المحرك الاملس .

- ٤ — الصب المحرك للالياف اللس والمفرز في الاحشاء « جهاز التنفس وانبوب الهضم وجهاز التماسل والبول »

- ٥ — عصب الغدد الصم (endocrines) وهذا ما يجعل له في مبحث الامراض دوراً متنبلاً .

- ٦ — عصب التطور (métabolisme) الحلووي .

واما العمليات الجراحية التي تجري على الودي فهي: قطع الالياف امام القعد او قطع الجذور ، وقطع السلسلة (chaîne) ، واستئصال القعد ، وقطع الودي حول الشرايين . وترمي جميعها الى غايتين تنشأ منهما تديجتان مرتبطتان اشد الارتباط وهما : محو الانعكاسات الودية الشاذة وجعل النظام سائداً في المراكز اللس الحركية المحيطية .

وانه ليستحيل بعد ايراد ما تقدم ان نخضع جراحة الودي لقواعد معينة او احصاء آت والاضلات التي تحقق بها جمة . غير ان قل التدرج المحتاجة من هذه التوسطات امر مستطاع مع ذلك . وقد رتبنا لرئيس الترتيب التالي :

جراحة الألم

الجراحة الحركية الوعائية

جراحة اختلالات التغذية

جراحة الارتجاج (tonus)

جراحة بعض من الآفات الحشوية خارج عن الفئات السابقة .

١ — جراحة الألم

ان ما نشر من المشاهدات كاف لاثبات قيمة هذه الجراحة في محو الألم واذا شد بعضها عن طريق التجراح فاي طريقة تخلو من الشنود ؟ وربما كان سبب الحية في كثير منها استعمال هذه الجراحة حيث لا يجوز استعمالها .

نذكر من الآلام التي تكافح بجراحة الودي عدا العصاب « algies » المعينة المناسبة لجذد او جذع مروف والتي تقوم مكافحتها بقطع جذع عصب او عصب حسي يحيطي مثال على ذلك عصابات الثلث التوائم (trijumeau) وجميع الآلام الحشوية ، وعصابات الاطراف التي لا توزع توزعاً مناسباً لتوزع الاعصاب المحيطة القشرية لجميع هذه الآلام ودية وتكافح بالجراحة المجراة على الودي . والصوبة كل الصوبة هي في تعيين نوع العملية المناسبة لكل حالة والمكان الذي يصح فيه التوسط . وان ما يجر الى الحية في بعض من الاوقات هو نقص هذه المعلومات التشريحية الواضحة .

وتعود اسباب الحية عدا ذلك الى امرين :

١ — جهلنا لطريقة يحقق بها قطع التيار العصبي قطعاً اكيداً ومنع الورم العصبي « névrome » عن التكون في مكان الندبة . وتكون هذا الورم العصبي الذي تنشأ منه بعد حين انكسابات رضية هو السبب الاكبر في خيبة الجراحة على الودي .

٢ — بقاء الشخص الذي تألم عصبه الودي واستلزم الجراحة في حالة وهن ودي بعدها فاذا طرأت عليه انفعالات ورضوض طفيفة كانت كافية لعودة آلام كانت قد تركته منذ زمن

مديد . فلا عجب بعد هذه الاسباب النفسية والجسدية اذا ما قامت في وجه هذه الجراحة عقبات صعبة التذليل .

وسها يكن فان ما ثبت فله حتى الآن وما يجوز للباحث ان يحول فيه هو ما يلي :

أ — الصابات الحشوية

خناقات الصدر: تنشئ العمليات على الودي شفاءً ثابتاً خناقات الصدر التي لا علاقة لها بآفة قلبية وتينية (cardio-aortique) آخذة في السير اي الخناقات التي ليست علامة لآفة قلبية او وينية او لحثرة (thrombose) اكليية . وتمحو العملية الا لم والنوب فيستعيد المضوع (opérés) حياته العادية . والجدال قائم الآن في ما اذا كان الإبقاء على القعدة التجمية ام استئصالها مفضلاً . ان لريش يستأصلها حتى انه يستأصل القديتين في الجانين احياناً .

اسراع القلب الاشتدادي

يجد واسطة ناجحة في تخضيب القعدة التجمية او استئصالها .

في بعض من آفات المعدة المؤلة

قد اجريت عمليات مختلفة في بعض آلام المعدة التي لا علاقة لها بالسهم (tabès) او بالقرحة فقطعت جنود وقطع المصب الحشوي (splanchnique) وكانت النتائج حسنة في الغالب غير ان اتخاذ خطة مينة بهذه الآفات لا يزال سابقاً لاؤانه .

في بعض من آفات الامعاء المؤلة وفي الركود الاعوري مع امسك

أن قطع المصب الحشوي او الضفيرة الماسارية السفلى ، او السلاسل القطنية قد اتى ببعض الفوائد .

التهابات المثانة المستحيل بعضها

يشار فيها باستئصال القعدة الحشوية وقطع المصب امام العجز .

في عسر الطمث الذي لا سبب تشريحي له وفي التهاب البيض التصليبي الكيسي

يأتي قطع المصب امام العجز فيهما كما في آلام سرطان الحوض الذي لا يستطيع استئصاله نتائج حسنة ومديدة .

ب — المصاب الوجهي

ان قطع المصب الوجهي خلف عقدة غاسر هو انجح معالجة في المصاب الوجهي واذا رفض المريض هذه المعالجة كان له في الحن بالكحول على مسير الشريان الوجهي والشريان الصدغي السطحي اداة ناجحة في زوال الآلام ثلاثة الى ستة اشهر . وقطع الودي يجيب في المصاب التواصل الناشئ من غير المثلث التوائم .

ج — عصابات الاطراف التالية للرض :

الحرق : يشفي قطع الودي حول الشريان او استئصال شريان مسدود الحرق (causalgie) شغلة تاماً في اكثر الاوقات غير ان بعضاً من الحالات يستلزم قطع الجذور او السلاسل .

المصابات المختلفة ولا سيما ما تلا منها الرضوض الطفيفة على الاصابع : ان قطع الودي حول الشريان لا يكفي فيها . ان التحذير الموضعي والمكرر في البدء وكحولة أعصاب الناحية المصابة قد تؤخر سير الآفة ولكن متى تمدى المصاب اليد كان لا بد من قطع الجذور من النقي الثاني حتى الظهري الاول .

الجدامير (moignons) المؤلة : يستأصل الورم المصب في الآلام التي توزع بحسب جذع عصبي . ويقطع الودي حول الشريان في الجدامير المؤلة التي تظهر فيها هيجات وعائية حركية ووذمة وازرقاق وتقرح . ويقطع الجذع او الجذر متى كانت الاضطرابات منتشرة او متى خابت المعالجات السابقة .

عصابات الملتبته شرايينهم : متى سدّ شريان واحد في مكان معين كانت الوسيلة الناجحة استئصال القطعة المسدودة منه . ومتى كان التهاب الشرايين منتشراً من نموذج ليورجه يخفف الألم مدة مديدة بقطع الودي حول الشريان . وقد اتى استئصال الكظر والسلسلة القطبية بتأثير باهرة . ويخفف قطع الودي حول الشريان الألم السابق للفتريته في المصودة شرايينهم (athéromateux) غير ان الانذار الجراحي اقل جودة متى كان ازرقاق عادي بما لو ظهرت فجأة نوب تقلص مع قدم بلودة . غير ان التجربة جائزة في كل حال لانه ما من خسارة تذكر اذا خابت العملية واما اذا نجحت فالكسب كبير . وتعلل الحية دائماً باسباب موضعية كان باستطاعة رسم الشرايين ايضاحها قبل العملية .

٧ — الجراحة الوعائية الحركية

أ — الادواء الوعائية الحركية بدون آفة بدئية في جدار الشريان : لا يعدُّ الداء الوعائي الحركي صرفاً الا متى كان الدوران الشرياني طبيعياً في فترات التوب كما في داء رينو . وتنجح عادة التوسطات على الودي في حالات كهذه . فاذا كانت نوب تشنج وعائي اكتنى بقطع الودي حول الشريان واما اذا كانت الحادثة قديمة وخطرة فيلجأ مند البدء الى قطع الجذر حتى الى استئصال القند وسلاسلها . وتمتدُّ هذه التوسطات خیر الوسائل متى لم يكن الداء الا فرنجي سبب الآفة ، في محو نوب الا كما في داء رينو محو لا عودة بعده . ولتخلص في فئة الادواء الوعائية الحركية الادواء التي تشترك معها احياناً كالقشع « sclérodermie » والتهاب الادمة المضر . ويستلزم التحسن في هذه الحالة وقتاً طويلاً غير انه يتم شيئاً فشيئاً وبانتظام .

ب — اضطرابات وعائية حركية مشتركة مع امراض عضوية في الاوعية : اذا لم يكن وقوف الدوران في التهاب الشريان تاماً وكافياً لاحداث غشيرة سرية او مواتاً موضعياً اقصر ونظيفة الضلالت « عرج متقطع » وتنذية الاقسام الرخوة . والآلام والازرقاق والوذمة واضطرابات التغذية تاجه جميعها للاضطراب الوعائي الحركي الذي يمحى محوً بآناً اذا استؤصلت قطعة الشريان بل يتداه الى قطع الودي حول الشريان وفيه ، في القطعة المستأصلة جميعها . والتفاعل الوعائي الموسع الذي يتلو هذه العملية شبيه بما يحدث بقطع الودي حول الشريان او قطع الجذر . ولهذا يعدُّ قطع جزء من الشريان في جروح الشرايين مفضلاً على الربط لان قطع الودي حول الشريان الذي يكون قد تمَّ بنزع القطعة الشريانية يوسع الاوعية المحيطة ويسهل الدوران البض . فليعلم ان كل آفة شريانية تضاعفها آفة عصبية وان كل عملية على شريان تنضمُّ اليها في الوقت نفسه عملية على الودي . واذا كان هذا حقَّ لجراحة الودي ان تمتد الى معالجة التهاب الشرايين الشيخوخي . فان قطع الودي حول الشريان يخفف في الغالب الآلام التي تسبق التضيق ويحمد التضيق نفسها فيكتنى بعمليات اقتصادية . وجرياً على هذه القاعدة نفسها يجرب به شفاء الوذمات الجراحية في الاطراف وما يتلو التهابات اوردها من الاضطرابات البسدة .

ج — الاضطرابات الوعائية الحركية التالية للرض : الوذمة الرضية ، الاضطرابات

الفرزية ، ترقق العظم (ostéoporose) المنتشر . التهاب المفصل الرضي . ان للعمليات على الودي اذا ما اجريت في وقتها نتيجة بلهرة في هذه الحالات . ولا يطلى منها في الشفاء الا انصباب المفصل المصلي الذي قد يكون ناشئاً من آفات في المحفظة لا تشفى . وكلا كان الشخص قتيماً وبكر في العملية حسنت النتائج .

٣ — جراحة الارتماج

سواء أأشتركت اضطرابات الاعصاب المحيطة ام لم تشترك فان الثقفات والارتماجات الانعكاسية الرضية المنشأ تشفى بسرعة شفاءً ثابتاً يقطع الودي حول الشريان او قطع الجنذور واما اختيار احدى هاتين العمليتين فتابع لاتساع الاضطرابات وشدها . تستفيد يوسه الركبة التي تلو كسور الفخذ من قطع الودي حول الشريان الحرقفي الطاهر فائدة تذكر .

ويشعر المرضى في الصمل الباركينسوني بعد اجراء العملية على جهة واحدة « قطع الودي العنقي او قطع الجنذور » بخفة التشنج واليوسه والتففع حتى في الجانبين غير ان الثقفات لا تزول تماماً .

واما في داء ليتل فلا يزال الامر قيد البحث وقد كان التحسن محسوساً في الثقفات التالية لآفات الدماغ الرضية وفي الآفات الدماغية ذات البؤرة المحدودة غير ان استمرار هذا التحسن لا نكشفه الا مراقبة المرضى مدة مديدة والمستقبل كليل بجلاء هذه القضية .

ويظهر ان قطع الودي الرقي (استئصال القعدة الرقية العليا) يمكن عضلات الوجه التي كانت قد شلت لاقطاع العصب الوجهي ، من التقلص غير ان تمثيل هذه الحادثة لا يزال غامضاً .

٤ — جراحة اضطرابات التغذية

يجب ان تمد جراحة الودي بواسطة الفرزية المنطقية في معالجة اضطرابات التغذية وقد جيء بالدليل على صحة هذا القول بعد ان كانت النتائج حسنة في الامراض الوعائية الحركية وانسداد الشرايين مع اضطرابات اغتذائية . فيغير ان هذه النتائج كانت اجلى وواضح في معالجة القرحات الاغذائية التي لا علاقة لها بامراض الشرايين ، قطع

الودي حول الشريان .

أ — تقرحات بدون آفات عصبية : لا تشفى هذه القروح الا متى بدلت عوامل الإزمان والتكس الموضعي. ويتحقق هذا الامر بقطع الودي حول الشريان الذي بتوسيعه الاوعية وتثبيطه باللمعة يبدل تمام التبديل الشروط التشريعية الغريزية والجرثومية في التقرحات . ومتى تمّ هذا تساعد النسج في عملها بالطعوم لستر السطح المعرى عوضاً عن ان تقوم النسج وحدها بهذا العمل البطيء . واذا استئبنا القروح الافرنجية حق لنا ان نعالج التقرحات التي تظهر على ندوب الحروق والتقرحات التالية للرضوض ، والقروح الدوائية وقروح الجذامير ، وقروح التهابات الادمه الشماعية ، بهذه الطريقة نفسها .

ب — القروح العصبية المنشأ : لم تنفق الآراء على المعالجة الودية في قروح السهام (tabès) وتكهف النخاع (syringomyélie) وداء الاخض الثاقب، والتهاب النخاع. فقد جنى البعض نتائج حسنة وندياً سريعاً غير ان النتائج البعيدة مسكوت عنها وقد نطق البعض مع ذلك بشقاء مديد. ولعل نسبة الحية تنقص اذا ما تحدثت الفروع الموصلة والسلسلة او اذا ما اكملت عملية قطع الودي باستئصال التذبة المقترحة استئصالاً عميقاً وتطعيم السطح بطعوم جلدية .

ه — آفات حشوية وادواء محيطية مختلفة

ان هناك فئة من الامراض تستفيد فائدة حسنة من جراحة الودي ولو لم تدخل نطاق الامراض التي ذكرناها آنفاً .

البر القصبي «l'asthme bronchique» : يظهر ان غير معالجة توجه اليه في الوقت الحاضر هي استئصال العقدة التنجمية اليسرى الذي يحو محوآ تماماً نوب البر . واذا استعصى بعض من نوب البر على استئصال العقدة اليسرى استؤصلت العقدتان فكانت النتائج حسنة . ويشئ بعض آخر من النوب بقطع الصغيرة الرئوية بالطريق الحلقي .
في تفرق (hyperhidrose) الوجه والاطراف: أئى قطع السلاسل الرقيقة والقطنية بفوائد حسنة .

في الصرع الاساسي: جاء قطع الودي حول السباتي ببعض الفوائد .

في بعض من امراض العظام كما في المفاصل الموهمة بدون ضياع مادة وفي بعض من انواع سل المفاصل قد جيت فوائد تذكر .

.....

يستتج من هذا البيان الذي جئنا به ان نطلق جراحة الودي منسج جداً وان هذه الجراحة هي الطريقة الفريزية التي اذا سبب دوسها لاسباب عديدة فان استطاباتها ترداد يوماً عن يوم . وان نتائجها الباهرة السجية في بعض الحالات وخينها الكبيرة التي لا استطاع تمليلها في البعض الآخر تتمد عنها كثيراً من الجراحين الذين يرغبون في ان تكون النتائج ثابتة وقياسية . ولكن اذا تأملنا في تنوع وظائف الودي قل " عجيناً لحية جراحته في بعض الحالات ولنجاحها الباهر في البعض الآخر . ومهما يكن فان هذه الجراحة قد شقت طريقها في مضادة الألم والتشنج . وقد كان لها في تنظيم وظائف الاحشاء والتدد نجاح باهر حيث خابت جميع المالحات الاخرى . فلينا والحالة هذه ان تابر على هذه الجراحة الحديثة المجددة لان مستقبلها باهراً ينتظرها . وهي تستلزم اكثر من الامور الاخرى اشراك الاطباء والجراحين بالعمل .

ترجمة م . خ .

● ● ●

استعمال السولفاميد موضعياً

في معالجة الكسور المرفقة

ان لمعالجة الكسور المرفقة شأنًا كبيراً في زمن الحرب . واذا كانت هذه المعالجة قد سارت سيرها السريع الى التقدم وخطت خطوات واسعة نحو الرقي فلا يخفى هذا انها قد بلغت درجة الكمال ولم تعد المحاولات تبذل لترقيتها . وفي مجلة الجراحة (Surgery) (جزء تموز ١٩٣٩) اقترح جانسن وجون سرود ونيلسون معالجة الكسور المرفقة بالطريقة التالية : قطع النسيج المرضوخة الى آخر مدى مستطاع ، ورد الكسر وخياطة الجرح خياطة بدئية بعد وضع عدة غرامات من السولفاميد المبلور فيه .

وكان الجرحم الاول الذي عولج هذه المعالجة ولداً عمره ١٢ سنة ، سقط من شاحق في نهر فانقلش من الماء وهو في حالة خطرة وكان مصاباً عدا رضوخه الكثيرة بكسر عظمي الساعد المفتوح . فعولج جرحه بعد التطهير المتاد بوضع ٥ غرامات سولفاميد فيه وخياطته خياطة بدئية . فعلى الرغم من سوء حالة المريض حين دخوله المستشفى وعلو حرارته الشديدة هبطت حرارته الى الدرجة الطبيعية في خلال ثلاثة ايام وشفي جرحه بالتقصد الاول بدون حاجة الى التفجير . فشجعت هذه النتيجة الباهرة الجراحين الموما اليهم على استعمال هذه الطريقة في عدد آخر من الكسور المفتوحة . حتى بلغت مشاهداتهم في تموز التصرم ٣٩ .

ويظهر ان النتائج كانت باهرة فان ٣٧ من الجرحى شفيت جراحهم بالتقصد الاول بدون اقل علامة من علامات الغفوة الموضعية او العامة . واما الجرحم ان الآخرا من المصابين بكسر الفخذ فقد ظهر فيهم بعض الاختلاطات . فان احدهما وهو كولي اعترته في اليوم الثامن بعد رد كسره نوبة هذيان كولي حادة فبدل جهازه في سياقها وتقرح جلده وتمتعت بؤرة كسره ، وتبدل كسر الثاني في اليوم الثاني عشر بعد ان اختل جهاز

التهديد الذي وضع على ساقه . فتكون نسبة الفوتة في هذه المشاهدات التي عولجت بالسولفاמיד اقل من ٥ ٪.

ولم يكتف هؤلاء المؤلفون الاميركيون بالاختبار السريري بل اختبروا الامر في القبة ايضاً فبين لهم ان السولفاמיד البلور اذا ما وضع في جرح انحل "بطء" وانتشر تدريجياً في البدن جميعه . غير ان النتيجة لا تكون حسنة الا متى كانت كمية السولفاמיד كبيرة فانشعب بها اللصل والنسج المجاورة للكسر فوضع عدة غرامات منه في الجرح واجب والحالة هذه . وقد اثبت الاختبار من جهة أخرى ان ادخال المقدار نفسه من السولفاמיד للبدن بطريق المعدة او الحقن لا يؤثر التأثير نفسه في الفوتة المتكوثة في بؤرة الكسر . ويختلف مقدار السولفاמיד الذي يجب وضعه في الجرح باختلاف درجة الفوتة وسن الجريح : ففسرون غراماً في السكهل وعشرة غرامات في الولد هي الحد الأعلى . وخسة الى خمسة عشر غراماً هي المقدار الكافي لانتفاء الفوتة .

واذا كان الشخص مصاباً بسدة كسور وزع هذا المقدار في كسوره المختلفة . وليس وضع السولفاמיד وحده كل ما يصنع في معالجة الكسر المفتوح فهو لا يأتي بالفائدة المطلوبة اذا تركت النسج المرضوسة المتفتنة في مكانها . غير انه قد يكفي في بعض من الحالات اذا لم يستطع تنضير الجرح تنضيراً كافياً وقطع النسج المرضوسة جميعها ولا سيما متى كانت المكورة المنقودية عامل الفوتة الموضعية الوحيد . ويشير المؤلفون الاميركيون بشراك معالجة فعالة تدعم الحالة العامة في الوقت نفسه فتقل الدم والقويات العامة والمسكنات تساعد عمل السولفاמיד غير مساعدة .

وقد عالج هؤلاء المؤلفون في الوقت الذي عالجوا به الجرحى التسعة والثلاثين بالسولفاמיד ، زهاء ٩٤ كسراً مفتوحاً غيرهم بالوسائل العادية فكانت نتائج الحوادث المعالجة بالسولفاמיד افضل واحسن . فان ٧٥ من هؤلاء أصيبوا بفوتة موضعية وعامة مختلفة الشدة وخسة منهم بمرت اطرافهم ، وسبعة منهم أصيبوا بالضريرة الغازية .

غري بالجراحين ان يستعملوا هذه الطريقة في جرحاهم كيف لا والمؤلفون الاميركيون قد اثبتوا بان عوارض الانسحاب لم تبد مطلقاً في جرحاهم على الرغم من المقادير الكبيرة التي استعملوها

المعالجة الدوائية لذوات الجنب المتقيحة غير السلية

غير خاف ان القاعدة التي كانت تخضع لها معالجة ذوات الجنب المتقيحة بالكورة القدية واللاهوائيات كانت تخجير جوف الجنب وان ذوات الجنب بالكورة الرئوية كانت تعالج بالبرل المفرغ ولا يلجأ في معالجتها الى الجراحة الا متى خاب البرل .
ثم تطورت هذه القاعدة بعض التطور فاقترح البعض في ذوات الجنب المتقيحة الحادة حقن جوف الجنب برشاحات جرثومية شأنها تخفيف حدة الداء وتحسين حالة المريض قبل الاتجاه الى خزع الجنب غير ان العملية ولو تأخر ميعادها لم يكن بد من اجرائها في النهاية . واخيراً نشرت مشاهدات من ذات الجنب المتقيحة شفيت باستعمال مشتقات الكبريت العضوية ومشاهدات اخرى من ذات الجنب بالكورة القدية (ستراتوكوك) شفيت باستعمال السولفاמיד وكرزويدين . وبعد ان ازداد يوماً عن يوم عدد ذوات الجنب المتقيحة التي تم شفاؤها بالسولفاמיד بدلت هذه المعالجة الجديدة القاعدة القديمة وقوضت اساسها . ولم تعد ذات الجنب المتقيحة بالكورة القدية تستلزم كما كان يظن قديماً خزع غشاء الجنب بل ان شفاء ذات الجنب بالمعالجة الدوائية اصبح ممكناً .

ان مشتقات الكبريت العضوية المستعملة اليوم في معالجة الفوفات كثيرة العدد فمنها الصباغية ومنها البيض ويظهر ان المركبات البيض افضل من الصباغية في الفوفات اجمالاً غير ان هذا الفرق ليس واضحاً في معالجة ذوات الجنب القديحة بل ان كليهما يكادان يكونان متعادلين ومهما يكن فلا بد من المتابعة اسبوعين او ثلاثة اسابيع قبل النطق بكلمة شفاء واما اذا نظرنا الى سمية المحضرين والى خلاء المركبات الصباغية من العوارض والى ما يطرأ حيناً بعد آخر من العوارض الطفيفة بعد استعمال المركبات البيض ترجح كفة تلك على هذه . واستعمال الكاربوكسي سولفاמיד وكرزويدين مفضل في معالجة

ذوات الجنب التقيحية بالكورة القدية كما ان الباراميتوفانيل سولفاميد ومشتقاته مستحسنين في معالجة ذوات الجنب التقيحية الاخرى . ذلك لان المركبات الصباغية فضلاً عما دلاً للسولفاميدات الاخرى في المكورة القدية يدان فلها اخف في الجرثائم الاخرى : المكورة العقودية (ستافيلوكوك) والمكورة البنية (غونوكوك) والمكورة السحائية (مانانوكوك) والمكورة الرئوية (ناموكوك) وهما يكن فليكر في المعالجة ما امكن ولكن المقادير كافية منذ البدء (٣ غرامات في اليوم اي ٦ حبات في كل منها ٠٠٥٠ سنتراماً من الباراميتوفانيل سولفاميد وغرامان او عشر حبات في كل منها ٠٠٢٠ سنترام من الكاربوكسي سولفاميد وكرزويدين) . ولينابر على المعالجة يوماً وبلا اقطاع حتى يتعم السائل المنصب في الجنب ويعرف ان السائل قد تعم بالبرول المتعاقبة وللعاية الجرثومية ولا يكتفى بالعناية المقصودة (direct) بل لا بد من الاستنبات المتابع الذي متى اثبت عم السائل جاز وقف المعالجة غير ان الثابرة عليها بضمة ايام بعد زوال الجرثائم افضل . وهبوط الحرارة الى الدرجة الطبيعية دليل آخر على جواز قطع المعالجة . ولم يتم دليل حتى الآن على رجحان مركبات السولفاميد بطريق جوف الجنب على استعماله بطريق الفم او العضلات .

ولا حاجة الى استعمال معالجات اخرى مساعدة وفي كل حال فالاستئصال والاستئقاح (séro-et vaccinothérapie) ليسا ضروريين بل الاقلام عن استعمالهما مفضل . ومنهما حقن جوف الجنب بللوات المبدلة سواء اكانت كيميائية او مرق القاحات بحسب طريقة باسردكا . واما استعمال مقويات القلب فواجب . وليس البرول المفرغ ضرورياً الا في ظهرت عوارض انضغاط واما البرول الاستقصائية فواجبة الاجراء للتشخيص البدئي ولرابعة سير الآفة بعدئذ . ويتقدم الشفاء الجرثومي في كثير من الحادئات الشفاء السريري فان عدد الجرثائم يخف تدريجياً بالفحوص المقصودة ثم تزول وتصبح المستنبات في النهاية عقيمة . والسائل الذي كان عكراً متقيحاً في البدء يأخذ يصفو ويصبح مصلياً في النهاية ، ومتى بلغ السائل هذه المرحلة اي متى خلا من الجرثائم وصفاً يبدأ يفر ، ويدخل المريض دور النقح فيستعيد قواه ويزداد اشتهاؤه ويطو وزنه وتحسن في الوقت نفسه العلامات الفيزيائية (physiques) والعناية . ومراقبة المريض واجبة في هذا الدور ، وملازمة المريض

لغراشه ضرورية والمودة الى المعالجة بالسولفاميد بعد فترة قدرها ٨ — ١٠ ايام لازمة اجتناباً للتكس غير ان اتمام المقدار الى الثلث جائز وليتأخر على هذه المعالجة ثمانية ايام فاذا لم تطرأ عوارض قبل ان الشفاء قد تم ، غير ان الفحصين الشعاعي والسريري قديكشافان حتى في هذا الوقت علامات التهاب غشاء الجنب الضخامي فاذا ما ظهرت كان تبديل الهواء واجباً في الجبال او على الشواطىء بحسب الفصول اجتناباً للاختلاطات المقلبة .

٢٠٠ خ



معالجة الشرث بالتخضيب القطني

كتب لريش نبنة عن معالجة الشرث (engelures) بالتخضيب القطني (infiltration lombaire) رأينا فائدة في نقلها للقراء لانها تلقي على هذا النوع من قمل البرد في النسيج نوياً جديداً قال :

ان موجات البرد التي اجتاحت أنحاء العالم الواحدة بعد الاخرى في هذه السنة ، يحملنا على اعادة النظر في الشرث ، هذه الظاهرة التي اهلنا امرها منذ نحو عشرين سنة .

وتنشأ الاضطرابات التي يحدثها البرد جافاً كان او رطباً في النسيج من قملص الاوعية الشديد لان البرد يقلص العروق .

فاذا طال قملص الشرنبات او اذا بلغ القملص حداً بعيداً انسدت هذه العروق الصغيرة بالحاترات وهدت في الغالب التنغرية التي تكون جافة في البدء ثم تقلب رطبة بعد ان تصاب الاوردة . واذا لم تبدّ التنغرية بقيت الاوعية مسدودة وظلّ المريض الذي ظن نفسه قد شفي يشكو آلاماً حادة واضطرابات اغتذائية مختلفة . وقد تمتد هذه الحاترات في العروق بعد حين غير ان الامر ليس ثابتاً واكيداً فينتهي الامر في هؤلاء انتهائه في التهابات الشرايين .

وقد قطعت في السنوات التي تلت الحرب الماضية مباشرة اكثر من مرة الشريان الطنبوبي (tibiale) الحظي والصعب الودي حول الشريان الفخذي املاً بتخفيف الآلام الحارقة في هؤلاء الذين عضم البرد بناه . واذا لم يكن التجاح رقيق في جميع الحادئات فقد كان ممي في اكثرها . وقد فكرت منذ ذلك الحين في طريقة تتق بها هذه الحاترات وانظر ان الوقت قد حان لتحقيق هذا الامر .

فقد قبض لي في مستوصف ستراسبورغ منذ بضع سنوات قلت ان عاجلت عدد آمن المتجمدين . فتحقت ومعاوني ان تخضيب القعدة الجمية او السلسلة القطنية بالمحلول المخدر ، متى لم تكن التنغرية قد ظهرت ، خير علاج فقد كان التخضيب يمحو في بضع دقائق

الآلام واضطرابات الدوران . وكان يقف سير التنفزة متى كانت قد ظهرت قبل التخضيب وكنت ادمع قبل التخضيب بقطع الودي حول الشريان . وانتهى اذكر شيخاً جدياً به مصاباً بتنفزة ممتدة الى سلاميات اصابع اليدين الاولى مع وزمة مؤلمة في هاتين اليدين . فاجرى له معاوئي فورستر تخضيب القديتين التجميتين وقطع له الودي حول الشريائين المضدين فوق سير التنفزة في الحال وزالت الآلام والوزمة . وقد اقتصررت التنفزة على الاصابع فقط ثم بترت

فيحق لي الآن القول بعد ان سكثرت حادثات التجمد في هذه الايام ان تخضيب الودي بالمحاليل المحددة وقطعه حول الشرايين خير واسطة في تبديل حالة المجمدين . فهما يتقي كثير من التنفيزات والآلام

وقد عرفت ان ميلاغوي في الجهة يشاركني في الرأي ويعالج المجمدين هذه المعالجة

نفسها

٢٠٢ خ .



التلقيح المضاد للتيفه

بذيضان التيفه المعطل الداخلي

كتب غراسه مقالاً في هذا الموضوع آتينا نشره لما فيه من الفائدة .
لست في حاجة الى ذكر النافع الجلة التي نجمت عن التلقيح المضاد للتيفه المبني
على استعمال مستحلبات العصيات التيفية المقتة بطرائق مختلفة : بالحرارة او بالطهرات
الكيميائية (الايثر او الايود)

فقد اثبتت الحرب الماضية التي لقيت في اثناها ملايين الجنود في فرنسا وسواها من
الممالك ان قيمة هذا التلقيح كبيرة . غير ان من نظر في نتائج هذا التلقيح القديم عن كتب
في بلدان تنفسي فيها هذه الحملات التيفية تحقق ان بعضاً من الاشخاص الملقحين لا يزالون
يصابون بالتيفه وان الوفيات بينهم ليست نادرة . وتعود خيبة هذا التلقيح على ما يرى
غوسه الى طبيعة مولدات الضد المستعملة وهي اجسام جرثومية فيها مواد مختة بشكل ذيضان
داخلي نوعي لم تلتف سميتها الا بعض التلف في سياق ماراتق التحضير، اضيف الى ذلك
مقداراً كبيراً من الهويولينات (protéines) غير النشطة التي تتألف منها اجسام الجرثوم
وما سبب التفاعلات السمية الهويولية للشاهدة في الاشخاص الملقحين الا ادخال
مستحلبات هذه اللقاحات للبدن بشكلها السام . وتبث هذه التفاعلات الناجمة عن اللقاحات
القديمة على تحديد مقادير اللقاح المستعمل غير مجيدة تصدي هذه المقادير فلا عجب اذا ما كان
فعل اللقاح مبادلاً لمقداره واذا ما كانت المناعة الناجمة عنه قليلة .

هذا ما دعانا منذ السنة ١٩٢٦ الى القيام بتجارب غايتها الحصول على لقاح مضاد
للتيفه فيه مقادير وافية من مواد العصيات التيفية المنعوق قليل من المواد السامة . وقد توصلنا
الى الحصول على مولدة للضد فيها المواد المنمة النوعية من ذيضان الداخلي للعصيات التيفية
بعد ان وضنا مستحلبات مكثفة من العصيات التيفية متصفة بقوة كبيرة مولدة للضد

وعقمناها بحرارة درجتها ٥٨ وجدناها تجמידات متابة .

وقد افصى حقن صفاق (péritoine) الفأرة بمقدار من هذا الديقان الداخلي متبدل من ٠.٠١ — ٠.١ سم الى موتها كما ان حقن صفاق الارنب بمقدار متبدل من ٠.١ — ٠.٥ سم الى موته ايضاً . فسمية هذا الديقان الداخلي والحالة هذه لا تميز استعماله في تلقيح الانسان والحيوان . غير ان تمنيع عدد من الفئران والقبع (cobayes) بمقادير مزادة من مولدة الضد هذه بعد ان مات كثير منها افصى الى مناعة هذه الحيوانات على حقن صفقها بمقدار كبير بحيث من الحصيات التيفية ذات الحمة . وقد ظهرت في دماها راسات (agglutinines) ومرسبات (précipitines) مضادة للتيفية نوعية ممتة . وقد اثبتت لنا اختبارات عديدة اجرناها لتخفيف سمية مولدة الضد هذه ان معاملة هذا الديقان الداخلي بالفورمول وهو في حرارة اللحم (étuve) تنقص سميته اقلصاً تدريجياً فاذا ما حقن الحيوان بهذا الديقان الداخلي التيني بد معاملته هذه المعاملة لا تبدو عوارض خطيرة حتى ان الفأرة تحمل منه ١ — ٢ سم والارنب ٥ — ١٠ سم . وبعد انقضاء عشرة ايام على حقنة واحدة من هذا الديقان الداخلي التيني المطلق تحمل هذه الحيوانات مقادير كبيرة قاتلة من الحصيات التيفية ذات الحمة لا تحملها حيوانات غيرها . منعت بمقادير متزايدة من الديقان الداخلي غير المطلق

ان هذا الديقان 'لفرمل' (formolé) الخالي من السموم والمحتفظ بخواصه للمنة هو ما اسماء غرسه الديقان الداخلي المطلق الذي يستطيع حقن الحيوان والانسان منه بمقادير كبيرة لا يستطيع بلوغها في اللقاحات الاخرى بدون خطر شديد .

استعمال الديقان الداخلي المطلق في تلقيح الانسان

جاء استعمال هذا الديقان الداخلي المطلق التيني في تلقيح الانسان مثبتاً للتأثير الاختبارية في الحيوان . وفي كل ٣ سم من هذا اللقاح ٦٠٠٠ — ٨٠٠٠ مليون من الحصيات الجافة التيفية ونظيرة التيفية .

وقد اجريت في السنة ١٩٣٣ تجربات اولى على فئات مختلفة من الاشخاص : اولاد وكهول من راس (races) متنوعة اصحاء ومستشفين فبين منها ان هذا اللقاح يستطيع استعماله بدون اقل مخدور في الرضع والبقاع والكهول والشيوخ والاهام على السواء .

طبيعة التفاعلات الالقاحية

ان معظم الملقحين لا يتفاعلون اقل تفاعل بلازء هذا القاح واذا بدت تفاعلات في بعض منهم فانها تبدو في مقر الحقنة فيحقن الجلد ويؤلم مكان الحقنة قليلاً واما ارتفاع الحرارة العامة فنادر . وقد استنتج من تلقيح عدة الوف من الاولاد من جنسيات مختلفة انهم يحتملون جيداً هذا القاح ولا ينزعجون منه اقل ازعاج . كما اثبت العمال حتى المعدنين انهم يستطيعون العمل بعد التلقيح غير منزعجين ولا تملو الحرارة بضعة اعشار الدرجة بمعدل واحد في المائة . وقد قادنا البحث الذي قننا به عن سبب التفاعلات في البعض الى نسبة الحادث لاستعداد شخصي وليس لطبيعة القاح نفسه .

وقد استعمل هذا القاح الجديد للمرة الاولى في السنة ١٩٣٣ بعد ان تفتى ويدني بين معدني الرند وقضى على كثير من المصايين للشدة التي امتاز بها فاتيح المختبرين ان يقابلوا بينه وبين القاح القديم وكانت النتيجة بلعرة حتى ان ادارات المادان لمست يدها تفوق هذا القاح واعتمدت عليه بين عمالها فتشاع استعماله منذ ذلك الحين وعم . وبعد ان كان عدد الملقحين في السنة ١٩٣٣ زهاء الفين بلغ في السنة ١٩٣٨ ، ٢٠٠٠٠٠ ملقح

تأثير التلقيح بالقاح الجديد في مادان الرند

تلقيح من المعدنين في السنة ١٩٣٤ ، ٢١٠٠٠٠ مددن وفي السنة ١٩٣٥ ، ٤٥٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٦ ، ٨٤٠٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٧ ، ١٥٠٠٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٨ اكثر من ١٧٥٠٠٠٠ فيكون المجموع اكثر من ٤٧٧٠٠٠٠

ونذكر على سبيل المثال ما جاء به فون بلومستين عن فئة من المعدنين تشغل في احد المادان قال : يشغل في احد المادان زهاء عشرة آلاف زنجي لقحوا جميعهم ثلاث مرات متوالية بالقاح T. A. B. فاصيب منهم ما يعادل خمسة في الالف بالتيفية ومات من المصايين ما يعادل واحداً في الالف وذلك ما بين السنتين ١٩٣٢ — ١٩٣٤ . ثم استعمل القاح الجديد فلقيح به جميع الملتحقين مجدداً بالعمل فقلص ظل التيفية في السنة ١٩٣٥

وفي خلال السنتين ١٩٣٤ — ١٩٣٦ لقيح ١٥٣٣٩٠ مدناً بالذيضان الممثل الداخلي التني واجري القاح دفعتين الحقنة الاولى بنصف سنتيمتر والثانية بعد فاصلة ثمانية ايام بستيمتر مكعب واحد . فاصيب من هؤلاء الملقحين ١٧٤ شخصاً بالتيفية ومات منهم ٣٥

وفي هذه الاثناء نفسها لقيح بطريق الفم بحسب طريقة يسردكا ٧٧٠٥٧١ شخصاً فاصيب منهم ٦٣٨ بالتيبة ومات منهم ١٣٦ ف تكون نسبة الاصابات في الفئة الاولى ١٠١٤ والوفيات ٠٠٧٣ . في الالف ونسبتها في الفئة الثانية ٨٠٢٤ و ١٠٧٥ في الالف اي اكثر من ٧ مرات مما في الفئة الاولى . اخف الى ذلك ان احصاءات السنوات التالية اثبتت ان معدل الاصابات والوفيات قد قلَّ عنه في السنوات السابقة بيد انه قد ازداد في الاشخاص الملقحين بطريق الفم .

اما مدة المناعة التي يهبها هذا اللقاح فلا يستطيع تعيينها منذ الآن واللقاح لا يزال في بدء استعماله ولكن الدروس لا تزال متوالية في هذا الصدد
هذه هي النتائج المجتناة من هذا اللقاح الذي لم يمر على استعماله اكثر من سبع سنوات غير ان تفوقه على اللقاح القديم كان صريحاً حتى انه عمَّ وكاف خير اداة في الوقاية من الغنونات التيفية

م . خ .



المداداة الشعاعية في معالجة الفلوج

ترجمة العليم شفيق البابا
المساعد في المعهد الطبي

الفالج تناذر (syndrome) يقع بانقطاع السبيل الحركية عن العمل وتفضي آفة الحلية الهرمية في القشرة او المحاور الحسية في مسيرها الطويل (الحزمة الركبية او الحزمة الهرمية) الى شلل مركزي عضوي واذا لم تكن هناك آفة خلوية كان التوقف سبباً لفلوج وظيفية .
التشريح المرضي : تصاب الجملة الهرمية بسباب مختلفة وهي :

١ — اسباب آلية : منها الرضوض وهي اما مقصودة (اجسام اجنبية) او متلفة (ارتجاج) والانضغاطات سواء أقتنصب النسيج الحبي نفسه أو أغشيتته (اورام — التهابات) او بانسكابات او تحتات (نزوف) .

٢ — اسباب سمية واثانية تصيب النسيج الحبي : نذكر منها السموم الكيميائية والذاتية والذيفانات الجرثومية ثم الاتانات ذات الحلة المولدة بالنسج العصبية .

٣ — اسباب عوزية : (carentiels)

٤ — واخيراً اسباب تفضي الى فاقات الدم للموضعية (ischémiques) كانسداد الاوعية بالصمامات والتهابات الشرايين والانضغاطات والتمزقات الوعائية .
وقد تصاب النسيج الحبي الذي لم يتأثر مباشرة بالآفة الحسية باندماجه في التصدورات الندية التصليبية في دور ترمم الآفات .

المشهد السريري : تفضي الاسباب المباشرة الى حال نهبي دماغي : نشبة سريعة وسبات ولا تظهر هذه الموارض في الآفات المسددة (insidienses)، واذا انقطعت السبيل الهرمية ظهر التناذر (syndrome) الهرمي وهو شلل من نموذج مركزي يسير بدورين دخو اولاً ثم تشنجي مع تبدل النعكسات (علامة بابسكي) وحركات اهتزازية متعاقبة وذاتية

ويبدو جداً أن تغل الآفة منحصرة في هذا السيل اذ تصيب بعد ذلك جملاً اخرى ومنه ظهور التناذات للمشاركة كالجبسة وقعد الحس والعمى التصني والآلام وغيرها ، وكثيراً ما يرافق هذا كله اضطرابات اغتذائية كالضمورات الضلعية والللال المفصية وشواشات اغتذائية جلدية وخلاية واخيراً اضطرابات وعائية حركية . وان تعدد الاسباب وكثرة التوضعات وامتداد النلول واختلاف شدتها والتناذات المشاركة جعل الاشكال السريرية شديدة التباين والاختلاف .

السير : يرتبط سير الفلوج بالعلة المسببة فاذا كانت منسبة اتخذ الفالج سيراً متزقياً وتتهقر جميع الاضطرابات على ضد ما اذا كانت العلة ضئيلة وعارضة ، لكن الغالب ان يخلف دور الصولة المختلف الامد دوراً تمضي فيه التسج التدية العسبة ومن ثم يثبت النلل الذي بلغ في تهقره درجة معينة .

التشخيص : يقر التشخيص استناداً الى الثالث الهرمي وهو النلل المركزي وعلامة بانفسكي والحركات الاهتزازية المتقابلة ويترتب بعده تمييز هوية العلة المسببة وليس ذاك دائماً بالامر السهل ، ثم توضع الآفة وذلك بفضل التناذات المشاركة للفالج .

معالجة الفوالج : يجب ان توجه معالجة الفوالج الى نقاط ثلاث :

١ — معالجة اللل المسببة .

٢ — معالجة ما جد من العقابيل (sequelles) في التسج العسبة عقب انقطاع العلة السببية .

٣ — معالجة ما يطرأ على التسج المحيطية من اعصاب وعضلات ومفاصل وغيرها .

معالجة اللل السببية : ان اختلاف هذه اللل تجعلنا لا نحدد في هذه السجالة دور الدواوة الشعاعية في معالجتها ، غير انا اذا اعتبرنا ما نراه يومياً في الممارسة رأينا ان ليس هناك عدا الحالات الجراحية المحدودة جداً سوى المعالجة النوعية التي تجري اما لهدف معين او لميل شخصي الى اسناد جميع اللل المجهولة الى داء الاقرونج مع ان في كثير من الاجان ما هو اجدى منه واصح ، ولتر باختصار ماذا تفيد الدواوة الشعاعية في هذا المضار .

لا تكرر ان للجراحة دوراً متفوقاً في الآفات الرضية غير ان الاشمة المجهولة قد تكون لها سنداً وميناً لحاستين تنصف بهما وهما: مضادها للنفون توصفها الرقي (hémostatique)

وتستلزم الآفات الضاغطة بلا أقل إبطاء التوسط الجراحي .

يتأثر بعض من الاورام المتبطنة للتحف تأثراً حسناً بالأشعة حتى انه يجوز لنا ان ننظر الى الداواة الشعاعية فيها كمعالجة شافية ، واذا لم يشف بعضها الآخر هذا الشفاء الاكيد ابداً سيره فطالت حياة المريض وتخيب الاشعة في البعض الباقي حية تامة وعلى المعالج ان يزن وزناً دقيقاً حسنات المعالجة الجراحية والشعاعية قبل الاقدام عليها .

وتقتضينا في الغالب معرفة طبيعة الورم الدماغى وما اذا كانت الاشعة انجح فيه ام الجراحية . افلا يحسن بنا والامر غامض كما ذكرنا ان نجرب للمعالجة الجراحية ؟ وانه ليسهل على شعبي (radiothérapeute) ماهر ان يعلم منذ الجلسات الاولى ما اذا كان الورم يتأثر تأثراً حسناً بالأشعة ام لا حتى اذا لم يتحقق تحسناً افسح للجراح ميداناً واسعاً قبل ضياع الفرصة . وتنظيم الاشعاع ممكن بشكل لا يضر بالتوسط القبل . اجل ان الجراحين ينسبون دائماً الى الاستشعاع نتيجة الاساءة الى التوسط الجراحي فاذا صح هذا افلا يحق للشعبيين ايضاً ان ينسبوا حية الاستشعاع في بعض من الحالات الى قص التوسط الجراحي ؟ قد تأثر الطل الالتهابية الضاغطة بالأشعة تأثراً حسناً حتى ينسى بعد محاولة الاشعاع تجنب المحج (trépan) ، وقد يكون بعض من الآفات الناجمة عن حة (virus) مولة بالنسج العصبية شديد التحسس بالأشعة اذا ما عولج بها باكراً قبل امتداد الاتان حتى انه ليسنى لها وقف ما ينجم عنه من تخريب ، وتتفقر بالمعالجة الشعاعية الطل القشبة في التسبيج الصبى او سحايها اذا استئينا منها الاورام العظمية والوعائية وذوات السحايا الضخامية وغيرها وسنرى نتائج الاشعاع الحسنة في التهابات الشرايين وتصلب الاوعية وفعله في فرط التوتر الشرياني ، وتحسن الآفات المتبطنة للتحف من زرف او انداد اذا ما عولجت قبل درئها حتى ان نكسها الكثير الوقوع يتقى اذا ما عولجت في هذا الدور . يستنتج مما تقدم ان الاستشعاع مفيد فائدة كبيرة في عدد عديد من الآفات المسببة للغلوج .

معالجة المقاييل العصبية في الملة الحائلة بالسبيل الهرمية :

١ — عناصر عصبية مؤوفة لا تستطاع مداواتها ولا سيما متى تلف الجسم الخلوي فلم تمد حيلة في اعادة ونظيفتها ٢ — وحدات عصبية لم تصب الا محاورها الاسطوانية فقط

فعودة الوظيفة اليها عفواً ممكنة غير انها تستفيد كل الفائدة من معونة عامل ذي قدرة اغتذائية عصبية .

٣ - - - واخيراً وحدات عصبية قد طفت عليها عقايل الآفة البدئية وهي تستعيد نشاطها اذا اتمت قبل ان تطرأ عليها الاستحالة . واذا ما غصنا باختصار هذه العقايل وجدنا اولاً حالات اتانية بدئية كانت او ثانوية ثم ارتشاحات (infiltrate) او تحتات (exudate) لم تغرغوراً تماماً ، وارتنساح الكريات البيض وفرط نشاط اللحمة العصبية الارتكاسي الذي يخلق الخلايا العصبية ، وقص الري ولو لم تكن الاوعية سببه البدئي واختناق الوحدات العصبية التي تقتصر الى كثير من الدم . وتكون اخيراً تصلبات ندية ضاغطة التسج العصبية ومؤذية لها ومعلقة الحالة المرضية السيئة .

ماهي الوسائل الطبية التي يلجأ اليها في مثل هذه الشروط ؟

انما ثبت على سبيل الذكري شأن الجراحة وتناجها المحزنة فانها مع قلة فائدها في مثل هذه الحالات تضم عراقلها الخاصة الى الشروط المرضية السيئة ، ولا تنجى من المالجة الدوائية أقل فائدة الا اذا كانت القاية مكافئة بعض الاعراض فالاستيل كولين يصلح شروط الدوران والمحضرات اليودية فعل ضئيل في مقاومة التصلب ، وقد فهم مؤخراً ان الحيونات عوامل اغتذائية عصبية ذات شأن كبير غير ان التحسن اجمالاً بهذه الوسائل المختلفة عارض وموقت ولا يغير الفالج ، بينا وسائل المداواة الحكيمة افسح مجالاً فاف استهلاك الكهربية الساكنة او التيار المرتفع التواتر ذو فعل حسن ومنشط للجملة العصبية غير انه لا يؤثر في الحالة المرضية ، ويغيد التيار المستمر والمتناوب في تنبيه الخلايا وتنذيتها ويفعل الاستحمرار (diathermie) والامواج القصيرة فضلاً حسناً في اصلاح الري الدماغية لكن خبر النتائج تجنى من التشريد (ionisation) ولا يسعنا هنا ان توسع في درس الطرق للتبانية المتبعة في هذه المداواة او مختلف تعاليمها واستطبائها بل نذكر فقط ان نتائج هذه الوسائل اذا احسن استعمالها تكاد تعادل وليس من الهم ان يكون احدها اقهما ، فاذا حسن التشريد الكلي الاضطرابات التشنجية فان اليود يد خير علاج للحالات التصلبية ، وتؤدي مشاركة شوارد (ions) اليود والكالسيوم الى احسن النتائج ولكن على الرغم من ان قيمة هذه الطرائق تنفق ما يقال عنها فان فائدها محدودة

في كثير من الحالات، والاشعة المجهولة وحدها هي ذات التأثير المباشر في النسيج العصبي العميقة، ولا نرغب هنا في شرح طراز او آلية فعلها في النسيج اجمالاً والنسيج العصبي بالحاسة بل نعرض فقط ما اقتبسناه من التجارب والممارسة .

ثبت نتائج الاشعاع في مختلف آفات الاعصاب الحسية والحركية والودي والمحور العصبي انه ذو تأثير خاص في النسيج العصبي، وهرن هينار (Hensard) بدرس دعمته التجارب ان للاشعة الازر الحسن في آفات الاعصاب بتحررها العناصر النبيلة من رقة النسيج الارتكاسية (réactionnels) والتدية وقد شرح تأثير اشعاع مراكز المحور العصبي وفله في الملل التخريشية والتشنجية، وكل يلزم اثر الاشعة المجهولة في توسيع الاوعية على الرغم من جهلنا لفعلها الحسن في الشواشات الوعائية كالصلبات الوعائية والمحيطه بالاعوية والمستبطه لها، ولا ينكر احد دور الاشعاع الاعتدائي الذي فصله ليناردوزي (Lenarduzzi) في المراكز العصبية وهو ما دعمه مشاهداتنا الخاصة ولا ننس شأن الاشعة في مقاومة الالتهابات ولا سيما التحسية منها وهي تفعل ايضاً في الحالات الارتشاحية والتثنية كما يشاهد ذلك في الملل الخارجية. فيمكننا ان نسلم ان هذا بان المداداة الشعاعية المضادة للالتهاب والتصلب والتشنج والمنظمة للاوعية والمصلحة للاغتذاء ذات فعل حسن اذا ما سلطت على يؤر الآفات العصبية مهما كانت الملة البدئية .

مساوية اشعاع القحف واخطاره : علينا ان نبحث اولاً في سلامة هذا الاشعاع ثبتت المؤلفات ان النسيج العصبي هو اشد النسيج مقاومة للاشعاع فاذا لم يكن الواجب الاطنباب في هذه الحاسة فالتجربة تثبت ان المقادير الكبيرة المستعملة في مداداة الاورام لا تؤذي المحور العصبي لاننا لا نطلب في المداداة الشعاعية الا مقادير زهيدة (اقل من عشر المقادير الورمية) فلنستأمن في الحالة هذه اي عارض عصبي، وانا مقتنون انهم الاقتناع بما قول وممارستنا الطويلة برهان عليه فاننا لم نصادف لها اي ضرر في اكثر من (٣٠٠) شخص عرضوا للاشعاعات . وتعب الجلسات الاولى احياناً اضطرابات مهمة وصداغ وشعور بتفاقم الحال المرضية غير ان ذلك كله عارضة زائلة يتاوها تحسن مستمر، اما ما يغشى من تأثير الاشعة في الذكاء فالحالة النفسية للمرض تتجه دوماً الى التحسن وقد يظن ان الاشعاع يؤثر نحو الاماخ في الغيتان غير ان التجارب تثبت التقيض . وتحسن

الذكاء في صفار الفلوجين بعد الاشعاع كثير الحدوث . ولا يزيد الاشعاع التوتر الشرياني بل كثيراً ما يخفقه متى كان مرتفعاً وقلة ما يحتاج اليه من الاشعة لا يعرض المريض لأقل عارض من الموارض الجلدية التي قد تحدث في اشعاع القفا الشديد حتى اننا لم نبلغ في اي حال المقدار المصلح (decalvante) .

طرز الاشعاع : من البين وجوب توجيه معظم الاشعاع الى بؤرة الآفة التي كثيراً ما نجهل ليس اتساعها فقط بل موضعها الحقيقي ، وتؤدي الاضطرابات الارتكاسية اخيراً الى امتداد الحال المرضية الى ابعد من حدودها وعلينا ان نسعى فوق ذلك الى الاستفادة من خواص الاشعة التغذائية بعد اشعاع مراكزها الحلوية وكذا الخواص المنظمة للاوعية باشعاع الاوعية والمراكز الودية مما يستتخلص منه ان الاشعاع يحجب ان لا يقتصر على الساحة الضيقة المينة للآفة بل علينا ان نوسع ساحتها حتى تشمل نصف القحف برمته ، وتتركز في منطقة رولاندو على ان ينحرف الشعاع الوارد بمقدار (٤٥) درجة فوق السطح السهمي فيمر بطريقة على مسير الحزمة الهرمية في الدماغ . وتستخدم اشعة متوسطة النفوذ (١٥٠ ك ف مرشحة من ٣٠٠٠ م من النحاس او ١٢٠ ك ف مرشحة من ٣٠٠٣ م من النحاس) ومسافة محرافية كبيرة لا تقل عن (٤٠) سم .

تشمعل مقادير شعاعية ضعيفة جداً وخاصة في الجلسة الاولى التي يختلف مقدارها من (٥ — ٢٠ سن) بحسب الملة وشروط الشخص (ومقادير اقل من ذلك في الطلل الحديثة او الخفيفة وفي المسنين او التمين والاطفال ومقادير اكبر في الشروط المضادة) وتزداد المقادير في الجلسات التالية تدريجياً مع ملاحظة الارتكاسات على ان لا يتجاوز (١٠٠ س) في الجلسة . والفاصلة بين الجلسات اسبوع ولا تعدى الاسبوعين ولا سيما الاولى منها وسلاسل المداواة قصيرة لا تصدو الست الا اذا لم تحتمل المداواة ولم تستطع زيادة المقادير الزيادة الكافية وتفصل السلاسل (شهر على الاقل بين السلسلتين الاولى والثانية وتزداد الفواصل التالية تدريجياً) ويجوز استعمال معالجات اضافية في هذه الفواصل استطبائات الحاجة : علينا ان الاشعة المجهولة في جميع الشواشات المستحبة لعل المراكز الحسبة ولذا يستطب بها في جميع الحالات اية كانت الآفة البدئية ولا ضرر منها ولا ما يمنع استعمالها .

المشاركات البوائية ، عدم الائتلاف : قد لا تأتلف الداواة الشعاعية مع معالجات دوائية أخرى حتى ان بعض الادوية الفعالة تؤدي الى ارتكاسات سيئة اذا ما استعملت بعدها ونخص بالذكر الادوية النوعية والبودية فليجتنب استعمالها . وهناك ادوية اخرى لا يطاعها المرضى مع انه لا تضاد بينها وبين الاشعة لتعدد تسمين نصيب كل منها فيما يلاحظ من النتائج ، وبما ان معالجة الفلوج طويلة الامد فان في الوقت مقسماً لاستعمال مختلف التوسطات .

معالجة الملل المحيطية : قد يقضى للداواة الشعاعية ان تؤثر في بعض هذه الاضطرابات فالاشعاع التخاعي يصلح مثلاً الصابات والاضطرابات الوعائية الحركية والاعتزائية وفيد الموضوعي منه في الملل المفصلي . وتفيد وسائل الداواة الحسكة المختلفة كالتمسيد والداواة بالحركة والحرارة والاستحراق والامواج القصيرة والتيارات المستمرة اذا ما استعملت بحيلة وحذر فائدة جلي . وعلينا ان نحفظ الحال المحيطية في شروطها الحسنة اذا ظل الترمم المركزي ناقصاً ، ولنسرع باعادة الوظيفة اذا كانت الآفات الصحية حسنة الترمم وسنشير الى شأن التدريب الحركي بعدها .

النتائج لقد عاجلنا بهذه الطريقة من الداواة منذ اثني عشر عاماً ما يقرب من ثلاثمائة شخص كانوا يدون تنازلات مختلفة في مناسباتها ودرجاتها وشكلها وازمانها مما ادى الى اختلاف النتائج اختلافاً عظيماً ونجد لنفسنا العند بعدم اثبات مشاهدات مفصلة . ورجو من القراء اذا توخوا زيادة الايضاح العودة الى ما دوله سابقاً في هذا الصدد (صفحة بحث الاشعة ١٩٣٧ رقم ١٢) او اطروحة (شاتن) باريز ١٩٣٧ . وسندكر اولاً اننا لم نصادف اشتداد حال مرضية عولجت بهذه الطريقة في عدد عديد من التوسطات والنكس امر اساسي في الفلوج الوعائية المنشأ او الناجمة عن فرط التوتر ولذا فالتعبية (ictus) المفاجئة في اثناء المعالجة لا تسمى اليها ولم يسفنا الحظ ان نرى اي عارض من هذه العوارض . فاذا اعتبرنا مجموع مرضانا الذين خصصنا بعضهم باهتمامنا منذ البدء ادهشنا ندرة النكوس النسبية ونجد بين احصائنا عدداً من الحالات كانت تتنابها نشبات تاكسة قبل المعالجة ولم تعاود المرضى بعدها وشرح ذلك سهل اذا ما ذكرنا فضل الاشعة في فرط التوتر والحالات الوعائية . والامر الثاني اننا لم نمن بحجة ثمة في اي حال من الاحوال

على الرغم من وجود حالات كالتلينات التسة التي لا يؤمل تحسنها ولا تبدل معالجتها حالة المريض غير انه اذا ما اتبعت فيها شروط ملائمة تحسن بعض اعراضها وتهقرت فيها الحال التشنجية .

تسطر الحال التشريحية ولا شك على مستقبل الوظيفة وتجدها فلا ينتظر في التلينات والآفات الرضية الا نتائج محدودة وتبدل قليل في الاعراض وتحسن ملموس في الاضطرابات الاخرى ، على النمد من النزوف التي يتوصل في التند منا وهو ما اجريت له مداخلة باكرة ومعالجة مديدة الى وظيفة تحرب من الطيعة غير ان الآفات الاتانية هي التي تهقر وحدها تهقر تماماً وسرياً نسبة لغيرها . يسهل ان نهم بما تقدم ان التناذرات الحديثة احسن واسرع تحسناً من القديمة على ان لا قطع الأمل من تحسن الاخيرة رغم نباتها الظاهر والامثلة على ذلك كثيرة .

تمد الشروط الحاقية للشخص عاملاً هاماً في الوصول الى نتائج حسنة والسن في مقدمتها فتأثر الفتيان من المرضى سريج وثام والتجدد مدعش في الاطفال ولو اشتدت الآفات واهم من ذلك ما يرى من تهقر تأخر الذكاء في الاشكال الطفلية ثم عدم تأثر الاطراف المفلوجة من الاضطرابات الاغتذائية وقاؤها في نجوة عن القصر المتاد .

ولا نفلن ان الحالات الافرنجية لا تستفيد من وسائل هذه الطريقة فالمدواة اشماعية لا تنفي عن المعالجات النوعية واذا عجرت هذه عن وقف الاتان فلا تجدي المدواة الشماعية فيه غير انها تساعد كما في الحالات الاخرى على عودة الوظيفة بعد القضاء عليه كما ثبت في عدد من مشاهداتنا فاذا لم تحصل الا على التند اليسير في الاصابات الخطرة وفي السنين والمضفين او التناذرات القديمة وجب ان لا نزو ذلك لفساد الطريقة اذ ان الحالات القابلة للشفاء وتحسناً اكثر من ان تحصى وبها ثبت ان المدواة الشماعية خير واسطة لتحسن فهي تقلب الكسبح المقعد شخصاً يملك بعض الحركة وتمنح التجدد الثام لشخص خفت اصابته او عولج بها باكرآ .

وقد يقال ان الفلوج تحسن عفواً ، وقد يكون من السير تحديد ما يوجد من التحسن للمدواة وقد تكرر شأنها ولكن لا مجال للشك اذا ما روقيت سلسلة كبيرة من المعالجة وبعد ملاحظة تسرع التهقر الطوي ، وبعد ظهور بوادر التجدد في الحالات الثابتة منذ الجلسات الاولى .

هل للتأذات نظام او طرز مرجح للتفهم ؟

يتعلق سير الاعراض المختلفة وطرزه حتماً بدرجة اصابة المراكز التي افضت اليها وهو يختلف بين حال واخرى ، وترى عادة عند معالجة الفلوج درجات من الحساسية والمقاومة ، وتحسن الاضطرابات النفسية بسهولة، فالنساوة (amnésie) تفهم والافكار السوداء تضيى . وتقطع الحوادث التخريشية الحركية (شبه الصرع والرقص) كالحوادث الالية المركزة التي توقف باكراً بعد اشتداد موقت احياناً وتحسن الجسبات بسرعة وعلى الضد فان الاضطرابات الحواسية ويضاف اليها بطلان الحس فهي اشد استمحاء . ويرى في التأذات الهرمي نفسه اولاً تناقص الحوادث التشنجية ثم تفقد المنعكسات حدثها ويشعر المرضى بليوننة كبيرة في الاطراف ولا يستعيدون حركاتهم الارادية الا متأخراً والتجدد بصورة عامة بطيء ونقص في الطرف العلوي وتلدراً ما تحتني علامة بانسكي وبصورة متأخرة .

ادارة المعالجة : اذا امكن توجيه معالجة مجددة الى العلة السببية وجب ان تمارس في بدنها سواء اكانت جراحية او كيميائية او شعاعية ، غير ان الاخيرة قد تكون مجالاً لظهور العقابيل اذا لم تنته المعالجة السببية او لم تأتلف هذه المداخلة مع اشعاعاتها بعد ان علمنا ان بكورة المداخلة امر ضار .

لا تمد حالات السبات التي تحسن بالاشعة عقبة في استعمالها اذا لم تواجهنا مشكلة قتل المريض ، ويمكن معها مداواة الحلال المحيطية بالمسيد والامواج القصيرة والاستحراق او المعالجة بالحرارة وخاصة الاضطرابات الاغذائية والوعائية الحركية التي لا تأخر عن استعادة وظائفها . وانا نجتب بقدر الامكان التأثير السيء في المراكز العصبية بالاشعاع وبذلك نجو من ارتكاسات غير متطرة بما يساعدنا على لس ثمرة اعمالنا .

ونجرب في قواصل سلاسل المداواة الشعاعية جميع انواع المداواة التمتدة المفيدة مع مواصلة الاستمرار على الاعتناءات المحيطية والتدريب .

فد يخرج بعض من آفات السبيل الحركية عن نطاق المداواة الشعاعية التي قد تحسن منها بعضاً من الاضطرابات المحيطية ، غير ان فعلها محقق في العقابيل التشريحية للافات التي تبقي الفلوج التي يندد تحسنها بالوسائط العادية . وهي تحرر الوحدات العصبية القابلة

للتجديد بتعديلها التشنؤات الارتكاسية والتدية للنسيج العصبي او النسيج المتصلبة. وتأثيرها حسن في الحالات الوعائية والاعتذائية العصبية .

يعرض للاشمة نصف التحف المصاب باجمه باشعاعات ذات نفوذ وسط ومقادير بدئية ضعيفة جداً ، وتراد تدريجياً مع مراقبة درجة ارتكاس الشخص والجلسات متباعدة والسلاسل قصيرة .

ولاستغنى هذه الطريقة مطلقاً مع الطرق الدوائية الاخرى ويجب ان تجري بعد مداواة العلل السببية على ان تمارس بوقت قصير ما امكن مع اجتناب تداخل عوامل المالحات المختلفة وتعد طرق المالحات الحركية الاخرى من متمات المالحات المفيدة غير انها اقل نتيجة منها .

وقد تبين ان المداواة الشعاعية المطبقة كما تقدم لا ضرر منها البتة وتاثيرها تفوق طرق المداواة الاخرى ، اذ يقع التجدد التام في بعض الحالات ويسر التحسن في اخرى غير ان الحية التامة لا تلاحظ مطلقاً

P. Le Goff

ب . لغوف



صفرة الاكريدن في معالجة الاثنان التيفي

ترجمة الطيم شفيق البابا

المساعد في المعهد الطبي

لقد نشر م. م. ي. يريس في السفر الطبي بتاريخ ١٢ ايلول سنة ١٩٣٩ مشاهدات عدة تثبت فائدة حقن الوريد بصفرة الاكريدن في معالجة الاثنان التيفي ويخلص هذه الطريقة بما يلي :

يحقن من المادة الملونة يوماً بمقدار يكفي لهبوط درجة الحرارة ومنها عن الصعود .
ويكفي غالباً مقدار (٥) ساطمترات مكعبة من محلول (٠.٢٪) لاجداث هبوط ين في المخطط والحقن بشرة ستغيرات من المحلول نفسه يفضي الى هبوط سريع في درجة الحرارة ويلجأ اليه لامالة المخطط عن مستواه والحاجة اشد الى المقادير الكبيرة في بدء الحمى التيفية منها في نهايتها . وليسق المريض كثيراً من الماء لا اقل من ليتر يومياً واذا تمرد ذلك عن طريق الفم حقن له من المعدل اللحي والسكري صباحاً ومساءً مقدار نصف ليتر واليك النتائج التي بلغها المؤلف من ممارسته :

نضع هذه الطريقة حداً لكل حمى تيفية فتبهط حرارتها بسرعة الى الدرجة الطبيعية وتقي المريض وطأة الاختلاطات الخطرة وتوصل المريض بسلام الى ميناء النقطة قبل ان يأخذ منه المرض مأخذه الشديد لان الحرارة تبهط بعد حقنة الى خمس حقن .

ليس لهذه الطريقة اقل مخذور وعدد الحقن العديدي الذي اجري بصفرة الاكريدن بدون اقل عارضة دليل ناسع على سلامة هذه الطريقة .

وهذه الطريقة ناجحة وفضلها نابع لقدر العلاج المستعمل فان الطبيب يستطيع ان يخفض الحرارة خفضاً سريعاً او تدريجياً بحسب المقدار الذي يحقن به (٥ — ١٠ سم^٣) وانها لطريقة سهلة الاستعمال لان كل طبيب ممارس قادر على اجرائها فهي حقنة وريدية ليس غير . ويشترط فيها فقط اجراء الحقن ببطء .

وبوفر فل صفرة الاكريدن الناجع في عصية ايرت على المريض والممرضات كثيراً من العلاجات الاخرى المزعجة وفي مقدمتها الابتعاد (المناطس الباردة) التي يتنمر منها المريض وذووه . واذا لم يكن لهذه المعالجة من حسنة غير تقصير مدة الحمى لسكنى لان الحميات الثيفية المديدة السير تقضي بما تطلبه من الحمية الصارمة الى اضعاف قوى المريض وهدء عزائمه فصفرة الاكريدن تجعل الحمى الثيفية في مصاف الفونك الاخرى الحالية من الخطر .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان السنة ١٩٤٠ م الموافق لصفر السنة ١٣٥٩ هـ

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلاثاء في ١٢ آذار سنة ١٩٤٠

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العلبان تافينار وغان : تناذر ذيل الحصان وريثة فقرية مزمنة

دخل جندي عمره ثلاثون سنة المستشفى لسلس بول مبتدى منذ شهرين وقد ظهر من معاينته الدقيقة تناذر ذيل الحصان الخفيف واستنتج من اللييودول الذي حقن به عمود النقي تجزؤ قطيراته ان عنكبوتية القطن ملتهبة التهاباً خفيفاً واطهر الرسم الشعاعي رتبة فقرية لا شك فيها وقد ارسل المريض ليعالج معالجة شعاعية .

٢ — العلبان حسني سبيع ونظمي القباني : حادثة قرحة اثنا عشرية مثقبة ، التهاب

الصفاق الحاد ، توسط جراحي في اليوم السادس ، اختلاطات عديدة ، شفاء ،

مشاهدة مريض مصاب بقرحة الاثنا عشري منذ زمن طويل ابتثقت قرحته والتهب صفاقه التهاباً شاملاً ولم يبعث الا في اليوم السادس وبعد ان آتى من ريق الى دمشق وقد تمرقل سير المرض بخراج تحت الحجاب وبذات الجنب القيحية وعلى الرغم من كل هذا شفي المريض بعد ثلاثة توسطات خطيرة .

الناقشة : العليم لوسر كل .

٣ — المعلم مونيرو دومان : الاشتراكات الجرثومية في التفرحات التناسلية ،
أورد المقرر الاشتراكات الجرثومية المختلفة في التفرحات التناسلية : اشتراك البريميات
وعصية دوكري ، ودوكري وداء نيغولا وفافر ، ودوكري والبريميات والداء التنفاري الحبيبي ،
وداء الافرنج والقرحة اللينة والمقبول ، والقرحة الافرنجية والجراثيم المقيحة ، والقرحة
اللينة والمكورة المتفوية. وهذا الاشتراك نادر جداً. واستنتج المؤلف ان الواجب يقضي
بالفحوص المخبرية المكورة من ممانعة مقصودة وبزل العقد المتنبجة والتفاعل المصلي والا
يقي التشخيص ناقصاً واستعمل الداء قبل ان يشخص .

٤ — المعلم لوسر كل : توسطات على الودي لحو الألم في ثلاث حالات .
الملاحظة الأولى هي حادثة شخص مصاب بسرطان المستقيم المثبت نسبياً عولج
بالراديوم بعد ان فتح له شرح اصطلاحي حرقني غير ان الآلام اقتصت مضجعه ولم يسكنها
اقوى المسكنات فقطعت سلسلته القطنية في الجانبين فزال آلامه حتى ان حالته العامة
تحسنت وعاد الى معاطاة اشغاله .

والحادثة الثانية هي حادثة شخص مصاب بسرطان البواب فوغرت معدته بالصائم
وحرته الآلام لئذ النوم تقطع عصبه الحشوي في الجانبين وزالت آلامه غير ان سرطان
قضى عليه .

والحادثة الثالثة لمريض مصاب بسرطان الكبد اشتدت آلامه حتى كان يتنوي
كالفوس ويصرخ صراخاً مرأ ولم يكن المورفين يسكنها ، قطع عصبه الحشوي الايسر
تحت الحجاب فزال آلامه ولم تعد حتى مفادته المستشفى .

٥ — قدم المعلم نظمي القباني مريضاً كان مصاباً بفتق عرطل بزل حتى الركبتين
وقدرتق فقطع وشني . ٦ — صورة ساق ولد استأصل جسم ظنبويه منذ زهاء سنة
لا التهاب عظم وتقي اصابه وقد تجدد الظنبوب مجدداً كافياً مكن الولد من المشي .

١- تناذر ذنب الحصان، ورثية فقرية مزمنة

للطبيب تافينار وغان

ترجىها الطبيب عزة مريدن

عدت الراقيل المصيبة في الرثية الفقرية زمناً طويلاً كأنها الدلالة الوحيدة على تخرش الجنود وانضباطها بالتهاب الحبل او بزيادة النشوء العظمي اللذين يسهل كشفهما عادة من دلائلهم السريرية والشعاعية . ولا تكني اعراض بعض الحوادث دائماً لتليل الآفة الجذدية الواحدة ، وهذا ما حدا بالهاء ولا سيما منذ عشر سنوات للتفكير والبحث في اوصاف آفات اكثر عمقاً ، اكتشفت تباعاً في النسيج ما تحت الام الجافية ، ثم في الغلف السحائية ، وفي النسيج العصي للجذع النخاعي وان يكن ذلك في الحقيقة ندرأ ، وكان من ذلك ان نتائج المعالجة قد تحسنت واصبح بالسطاع انتخابها انتخاباً حسناً ، فقطع الصفايح والمعالجة الشعاعية أفضيا الى تحسن لم تكن تعلم به المعالجة الدوائية .

والمشاهدة التي تقدمها اليكم اليوم تبدو لنا مثلاً نموذجياً على انتشار الآفات الرثوية انتشاراً عميقاً حتى ان محيط النخاع الشوكي مباشرة ، ومع اننا لم نقف بعد على نتائج المعالجة فاننا نجد من الفائدة تقديمها اليكم :

الريض فرنسوا . . . زراع من مقاطعة بروتانيا ، عمره ثلاثون سنة ، ساقه الظروف الحاضرة للمرة الاولى الى سورية منذ ثلاثة اشهر ، ويظهر انه قد وصلها بصحة جيدة ، وليس في سوابقه الا سيلان في السنة ١٩٣٦ واول اضطراب بدا فيه هو سلس البول الليلي منذ شهرين (في اواخر كانون الاول سنة ١٩٣٩) وكان يظهر هذا الاضطراب في كل ليلة تقريباً منذ ذلك التاريخ ، بشكل يلة غير ارادية بين نصف الليل والساعة الواحدة من الصباح ، وقد لازمه هذا السلس على الرغم من جميع الاحتياطات التي كان يتخذها الا في الليالي النادرة التي كان يستطيع فيها ان يستيقظ قبل الساعة المشؤومة بقليل ويفرغ مثاته ولم نجد باستجواب الريض سلس بول في عهد الطفولة ، وليست الحالة لديه عودة

ظهور بيلة لا ارادية طفلية . ولا يدرى المريض انه اصيب باختلاجات في طفولته ولا علاقة ابداً لتبوله اللاإرادي بمرض من ذمرة الاعراض الصرعية .

وليست نهاية حلم مزعج ، كما ان انتظام السلس يكنى لنفي منشأ النفساني . ولا يشكو المريض اي اضطراب آخر ، ولم يلفت انظارنا بأي وسيلة ، الى عموده الفقري ، هو رجل كبير وقوي ، مقبول الضلالت ، وحالته العامة حسنة ، أدى خدمته كاملة حتى اليوم الذي دخل فيه المستشفى فكشف الفحص العصبي التام اكتشافات تدعو الى الدهشة .

القوة العضلية ناقصة في قابضات الساق على الفخذ في الطرفين ولا سيما الأيمن ، وطبيعية في الزمر العضلية الأخرى . منمكسات المنطقة العجزية الوترية والسماحية (الدائري ، الإخصي المتوسط ، والنشظوي الفخذني الخلفي) زائلة في الجانبين ، بينما المنمكسات الداغصية والظنبوبية الفخذية الخلفية ، حادة ، والتمكس العاني المتوسط يحجب اجابة علوية حادة ، واجابة سفلية ضعيفة ، واما منمكسات الطرفين العلويين فطبيعية . وتتقبض اصابع القدمين لدى تحري التمكس الإخصي الجليدي ، والامكس المطلق وكذا المنمكسات الجليدية البطنية السفلية زائلة ، المقوية العضلية تكاد تكون طبيعية الا في الفخذ اليمنى السطحة قليلاً عند الاضطجاع والا في الألية اليمنى حيث تنخفض التنية الاولى ، ومنمكسات الوضع (posture) محفولة ، ومنمكسات الوضعة طبيعية .

وقد ابلن فحص الحسيات قمصاً في حس المس على الوجه الوحشي من الساق اليسرى في نصفها السفلي وفي الحافة الوحشية من القدم اليمنى ، وفي هذه الناحية ايضاً نقص في حس الحرارة والبرودة والوخز ، ووضعة القدمين واصابعها طبيعية ، واما في باقي التواحي ولا سيما الناحيتين العجائية والفخذية فلم يد أي اضطراب حسي ظاهر . ولا ما يستحق الذكر في مناطق الاعصاب القحفية المختلفة ، الحدقتان متساويتان وتتفعلان بالنور والمسافة ، قر العين طبيعي ، ولا اضطرابات في وظائف المصرة انشرجية ولا في الوظائف التناسلية .

الاحشاء المختلفة طبيعية ، الضغط الشرياني ٨/١٥ بجهاز باشون ، وليس في البول سكر ولا آحين ، تفاعل هجعت ومينكه في الدم سليان .

والخلاصة لقد كشف الفحص العصبي في مريضنا اضطراباً خفيفاً في القوة العضلية

وفي حس الطرف السفلي الأيمن ، وزوالاً تاماً للنسكسات الوترية والسحقية للتاجية في الطرفين ، فإذا اضيف الى هذه الاعراض سلس البول الليلي ، فإن التفكير يجه سرياً الى تشخيص تناذر ذنب الحصان ، وفي كل حال ان غياب الآلام القوية في منطقة معدودة وفقدان النسكسات الجلدية البطنية السفلية والقطنية الجزئية يميلان بالفكر الى انه ليس هناك آفة محتملة موضحة بل آفة منتشرة سطحية في التاجيتين الظهرية السفلية والقطنية الجزئية سائدة بحذاء ذنب الحصان ، ولقد اثبت فحص السائل الدماغي الشوكي هذه المعلومات فالبرل في القطة المنتخبة اخرج سائلاً راحماً فيه ثلاث خلايا لتفاوة في المم ٣ و٣٦٠٠ من الآحين وتفاعل الحماوي فيه طبيعي ، وتفاعل واسرمان سلبي . واما السائل المستخرج بالبرل ما نحت القفا فيه اقل من خلية لتفاوة واحدة في المم ٣ و٢٥٠٠ من الآحين وقد نزل الليبودول المحقونة به هذه الناحية حتى الرنج النهائي بسرعة الا بعض قطيرات بقيت عالققة في التاجيتين الظهرية السفلية والقطنية ، الى اليوم الثاني حيث سقط معظمها في الرنج .

وفي الجملة فان هذه الفحوص تين لنا زيادة قليلة في آحين السائل الدماغي الشوكي واحتمال التهاب النكبوية القطنية الجزئية ، وتقصي نهائياً فرضية انضغاط ذنب الحصان بتبشؤات معدودة تحت النكبوية او في خارج الأم الجافية . ولقد سلتنا الأشعة مفتاح التشخيص السليبي ، فقد كشف تصور السيداء جسوراً ذات شأن بين تمار التاجيتين القطنية والظهرية بدون آفات يئنة في الاقراص ، والنظر العام منظر رثية فقرية ، لهذا كله وجب علينا التدقيق جيداً في امكان التأثير السحائي الجندري التالي لرنية فقرية ، في مريض لا يتعرف بسوابق نوعية وليس فيه شيء من اعراضها السريرية ، وكانت تفاعلاته المصلية كلها سلبية ، ومن جهة ثانية ليس في سوابقه آفات عظمية من نوع داء بوت .

ان تحليل الاعراض السريرية المشاهدة يظهر بسرعة انه لا يمكن عزوها الى حادثة التهاب الحبل الذي يحتمل ان يكون ولكنه لم يتكشف في مريضنا منه شيء . وهاتان الملامتان تبدوان تاجيتين عن اصابة النخاع التي تحدثها على الأرجح آفات النخاع السحائية ، ولا سيما التهاب النكبوية الذي يثبت في مريضنا تملق قطيرات الليبودول الصغيرة في الجوف ما تحت النكبوية ، وازدياد الآحين القليل في السائل الدماغي الشوكي ، ولقد اثبتنا ايضاً في مناسبات عديدة تزرع الصفائح الاستقصائي في الحوادث المشابهة ،

ومهما تكن اصابة النسيج الحي سلة حامل الجوار ، فان التهاب التكبوتية ليس الآفة الوحيدة التي تصيب غلف السيساء ، ونعتقد بالاستناد الى حادثة شخصية شاهدها سابقاً امکان انتشار التفاعل الالتهابي الى النسيج ما تحت الام الجافية والسحايا الصلبة .

ولقد تابع احداثا مع الدكتور (لينيل) في شعبته ، مريضاً كانت الصفحة السريرية لديه صفحة انضغاط مخاعي في الناحية الرقية السفلية ، ثم ما لبث هذا التشخيص ان اصبح مشكوكاً فيه بعد تجربة الليبودول الشعاعية اذ شوهدت آفات رثية فقيرة هامة في الناحية نفسها ، وقد زرع الدكتور بوتي دوتاي الصفائح الفقيرة فكشف عن نسيج متكثف ما تحت التكبوتية ، قوامه صلب صلبة غير طيعة ، فزاع على ارتفاع ثلاث فقرات تقريباً فادى زرع الى تحمين بين في الاضطرابات المشاهدة (لقد قدمت هذه المشاهدة في السنة ١٩٣٥ الى جمعية المستشفيات الطبية في بليرز ولم نثر على مرجعها الاصيل) ورجع في مريضنا الذي نعرض مشاهدته اليوم التهاب الام الجافية المضاف الى التهاب التكبوتية .

وقبل ان ينتهي تحليلنا السريري ، نريد ان نلفت الانتظار الى تقطين هامتين : اولاهما تظاهر الرثية الفقيرة تظاهراً خفياً لم يمثل سريراً الا بسلس البول الليلي على الرغم من وضوح الآفات شعاعياً ، وثانيتهما نددة توضع العراقل الرئوية على ذنب الحصان ، نددة نسبية كان اياها منذ السنة ١٩٣٨ باريكيوس (من مقال له حول التظاهرات الحسية التكبوتية النخاعية الجذرية في الرثية الفقيرة المزمنة — مجلة الرثية رقم ٦ — حزيران ١٩٣٨ الصفحة ٥٦٩ — ٦١٥) ان حفة الاعراض التي دعت الى التفكير في انضغاط النخاع السفلي واصحاب ذنب الحصان لم تضطروا الى قطع الصفائح القطنية في الحال بل بدا لنا من الفائدة والمنطق ان ننصح اولاً بالمعالجة الشعاعية بشمع متوسط النفوذ يطبق على الناحية القطنية العجزية ، وقد تؤدي هذه الطريقة الى نتائج كافية ، والا فيجب بعد قطع الصفائح ، ان نزرع النسيج ما تحت الام الجافية ، وتفتح الام الجافية وتقتصر الستار التكبوتي الذي يشاهد حول اعصاب ذنب الحصان ..

وانه ليسرنا ان نقدم لكم القسم الثاني من هذه المشاهدة اذا سمحت بذلك الظروف اذ تكشف النقاب عن حالة المريض بعد للمعالجة وتطبع تشخيصنا بطابع التأكيذ والاثبات الامر الذي نقصنا حتى الآن .

٢ - حادثة قرحة الاثنا عشري ، انثقاب القرحة

والتهاب البريطون الحاد ، توسط جراحي في اليوم السادس ،

عدة اختلاطات ، شفاء

للمريض حسي ونظمي القباي

ان للدعوى زعمه ٣٩ سنة ومن سكان محلة الميدان ومهته سائق في القطار راجع احداث المرة الاولى ، في اليوم الخامس من شهر تشرين الثاني السنة ١٩٣٨ لآلام شرسوية ونحول ووهن بين .

ورجع تاريخ الملة الحالية الى ست سنوات خلت ، فقد اجريت له آخذ حقة من الكبتين اصابته منه النصب الوركي الايسر ، واعتزته على ارضا آلام مبرحة اضطر لتسكينها الى ابتلاع عدة حبات وبرشانات مسكنة ، وروي العليل انه بلغ في احدى الليالي انبوب الاسيرين بكامله .

وبعد هذا الحادث ابتدأ يشعر بالآلم في الشرسوف راجع من اجله عدة اطباء في دمشق وبيروت وكان الآلم مستقراً في الشرسوف مع انتشار الى الايسر ، وهو متواصل مع اشتداد يتناه بعد الاكل بثلاث ساعات ، وكان يهدأ الآلم على اثر الطعام واخذ بعض الادوية القلوية .

وبالفحص لاحظنا استقرار الآلم في الشرسوف من قرب الخط المتوسط والى ايمنه خاصة ولم يبد العليل اي اضطراب آخر ولم تثبت الفحوص المخبرية التي اجريت له في ذلك الحين شيئاً فقد كانت نتيجة ارتكاس واسرمان سلبية ، ولم يكشف فحص البراز اي اثر للزحف الحثي فيه .

وغداة مراجعته احداثا اثنان والده مخبراً عن اصابة ولده بقيء الدم ، وقد ذهبنا الى داره فوجدنا في العليل جميع العلامات المشيرة الى النزف الغزير من صغر واسراع في النبض

ونقص الحرارة وسواء . رتبنا المالجة اللازمة واوصيناه بالراحة المطلقة ، وبدا النفوس الاسود في اليوم التالي واستمر خمسة ايام ، وتحسنت حالة الطبل العامة بعدئذٍ وكذلك حالته المحلية ، وفحصه احداثاً بالاشعة في الماشر من كانون الاول وكانت النتيجة كما يلي :

حجم المدة وسط ، شكلها على هيئة حرف ز بدون اي انسحاب ولا توسع ولا اي اثر لسائل الركود ولا لفرط الفرز ، حركات التحوي شديدة ، ولم يلاحظ اي تشوه في المدة ولا في البواب . وبصلة الاثنا عشري كانت كبيرة الحجم مشوهة بثلة في قاعدة الانحناء الكبير بدت جلية في الصور المتسلسلة التي نعرضها على حضراتكم في الوضعتين القائمة والاستلقائية . ولم نشك بعد هذه العلامات الشاعية الواضحة في ان علينا مصاب بقرحة الاثنا عشري مع التهاب في محيط هذا المي ، وان اقتراحنا بالتوسط الجراحي لم يلقَ قبلاً .

وكانت المالجة بعدئذٍ ، بالضاد الاثنا عشري ، وبعضادات التشنج ، وبسلسلة من حقن التوارثيل والهيستيدين ، ورتبنا له التدبير الغذائي الخاص بما يكفل له التغذية الحسنة . وشرع الطبل بالتحسن الين وغابت عنه آلامه ، ولم يكشف اي اثر للزرق الحثي في فحص برازه . وقد شرع الطبل يراجنا مرة في كل شهر مبدئاً امتثانه للحالة التي وصل اليها والتي استطاع معها ان يزاول مهنته الشاقة بدون اي شكوى .

وبينا كانت حال الطبل تحسن مستمر ، رأيناه في السادس من شهر تشرين الثاني السنة ١٩٣٩ لآلم عاوده بعد ان اسرف في الاغذية والاشربة القولية ، واشترنا عليه بالخلود الى الراحة غير انه كان ملزماً على مفادة دمشق الى مقر عمله في ريق ، وقص علينا الطبل بعدئذٍ انه شعر ليلة السابع من تشرين الثاني بالآلم اخف ، غير انه باغته آلم مبرح حوالي الساعة الرابعة من النهار المذكور بينا كان قائماً باحدى المناورات ، وكان الآلم في المراق اليمنى مع اقتدار الى المراق اليسرى . وارت شدّة الآلم اجبرته على الصباح مستقبلاً والالتواء ذات اليمين وذات الشمال ، وان الطبيب الذي استدعي له في ريق اوصاه بكيس الجليد على البطن مع ازدداد قطع صغيرة منه وحقنه بالورفين وطلب اليه الشخصوص الى بيروت للتوسط الجراحي عاجل . غير ان المريض رفض التكليف الاخير ، وبدت في اليومين السابع والثامن من تشرين الثاني اقياء صفراوية ، وظلت حالته كذلك في التاسع

من الشهر مع استمرار الاقياء ، وبدا الفواق في اليوم العاشر من الشهر مع ضيق النفس ، وسامت حال الليل واصر على القدوم الى دمشق فوصل اليها في اليوم الحادي عشر مستعياً احدنا الذي لاحظ فيه علامات التهاب البريطون وطلب اليه دعوة زميله للاستشارة في اليوم الثاني عشر .

وفي الاستشارة كانت حال الليل كما يأتي :

الوجه شاحب ، السحنة أقرطية ، النهايات باردة ، البطن متنفخ ، الدفاع العضلي خفيف في ناحيتي الشرسوف والراق النقي . حركات الحجاب محدودة ؛ النفس البطيء مفقود ، صمم في قرع الحفرتين الحرقيتين ، النبض مسرع وعدده ١٢٠ في الدقيقة ، التنفس متواتر وسطحي ، درجة الحرارة ٣٨.٤ ، الاقياء كرائية مع توقف الغازات والمواد الفائضة . وحيال هذه الاعراض لم نشك بانتقاب القرحة ، فاقترحنا عليه التوسط الجراحي ولاقي هذا الاقتراح قبولاً من المريض ومن ذويهِ ، وبعد قليل قتل الى مستشفى مهديا طلب واجري التوسط الجراحي في حوالي الساعة الثانية عشرة من نهار الثاني عشر من تشرين الثاني . وبعد التخدير بالايثر ، شق بطنه على الخط المتوسط ، فبدا صديد نقي الرائحة ، وبعد تنفيذه لوحظت في ناحية الامتاء عشري اغشية كاذبة تملأ الجزء العلوي من البطن ، وبعد تفريقها لم يشاهد في المدة شي ما ، ويد ان في القطعة الاولى من الامتاء عشري ظهر انتقاب مستدير مقره في الوجه الامامي ، وشوهت كمية من السائل اللصلي القحي في الناحية تحت الكبد . واستنشق السائل بلص الكهربي وغطت القرحة بخياطة دائرية مع طمر جزء من الترب فوقها ، ثم فوغرت المدة بلص ، واستنشق السائل من الحفرة الحرقية قبل اغلاق الجدار ، ولحقت ناحيتا الامتاء عشري وقاع الحوض بميكوليز واغلق الجدار بخياطة واحدة بخيوط الشبه (بروزر) .

وحقن المضوع في عقب التوسط الجراحي بـ ٤ حقن من الصل الاصطناعي والزيت الكوفر ، ولحق بالبرويدون في الضدة مع الحقن بمصل غوسه ونور على الحقن المذكورة اربعة ايام متتالية . هبطت الحرارة في اليوم الثالث عشر من تشرين الثاني الى ٣٨ والنبيض الى ١٠٠ ، وخفت الاقياء ، غير ان الفواق ما زال مستمراً حتى اليوم الخامس بعد العملية ، ورفع ميكوليزا الناحيتين الامتاء عشري والحوضية في اليوم الثامن وأخذت

حال الليل تقدم ، وقطعت الحيوط كلها في اليوم الخامس عشر . غير ان الحرارة ابتدأت بالصعود بعد يومين حتى ٣٨.٨ ثم الى ٣٩.٧ مع اسراع النبض (١٢٠) عدة ايام ، وعاود الفواق الليل وابتدأ يشعر بالحم في المراق اليمنى ، وشاهدنا في التنظر الشعاعي ان حركة نصف الحجاب الايمن محدودة مع كثافة في المراق اليمنى ، واخرج زل هذه الناحية سديداً تتأ كشف فحصه الجرثومي عن العصات الكولونية فيه مما يشير الى اصابة علينا بخراجة تحت نصف الحجاب الايمن . خدرت الناحية تحديراً موضعياً ، واخرج شقها ٧.٠ سم من السائل ثم فُجرت . غير ان حال الليل لم تحسن بعد هذا التوسط الثاني وظلت الحرارة حوالى ٣٩ والنبض مسرع مع ضيق النفس والفواق والألم الناخر الايمن . وبدا بالتنظر الشعاعي الثاني انصباب جنبي مرتفع حتى زاوية الكتف واخرج البرل سديداً تتأ أيضاً مقعاً بالعصات الكولونية ، قطعت الضلع التاسعة وافرغ الصديد وفُجِر . وشعر البضوع في البعدة بتحسن مطرد وخفّ ضيق النفس وهبطت الحرارة وابتأ النبض وندبت الجروح وغادد الليل للمستشفى في اليوم ٢٧ من كانون الاول السنة ١٩٤٠ بالصحة الجيدة .

١ — ان ما يستلفت النظر في هذه المشاهدة هو اتوسط المؤخر في القرحة المنتقبة ، ان الاستاذ هرتمان يقدر ، في احصائه الذي يشتمل على ١٨٥ حادثة انتقاب نسبة الموت بـ ١٩٪ في التوسط الجرى في سياق الساعات الست التي تلي الانتقاب وبـ ٢٥٪ في التوسطات المجرأة ما بين الساعتين السابعة والثانية عشرة و ٥٥٪ في التوسطات المجرأة ما بين الساعتين ١٣ و ٢٤ وما يليها .

ولم يجر التوسط لمريضنا الا في اليوم السادس من انتقاب قرحته وهو في حالة يئس ، وبعد ان نقل من رفاق الى دمشق بشروط غير مرضية . وقد تحمل التوسطات الجراحية الثلاثة المتتالية وترك المستشفى معافى .

الناقشة: الطبيب لوسر كل

انها لحادثة مفيدة تستحق الذكر غير انني انسب النجاح فيها علاوة على دفاع البدن الى الكوليس الذي لم يكثف الجراح بوضع واحد منه في الحوض بل وضع منه اثنين ممّا . وتأني هذه الحادثة دليلاً على فائدة التفجير بالكولير وعلى صحة ما بشر ولا يزال يشير به الاستاذ الكبير خا لويس فور .

٣ — الاشتراكات الجرثومية في القرحات التناسلية

« للعلم مونرو — دومان »

ترجمة الطبيب منير السادات

مدخل : اذا كان تشخيص القرحات التناسلية سهلاً في الحالات العادية فهو صعب متى لم تكن الآفات بانية وحيث تشترك الجراثيم. والالتجاء واجب في هذه الحالة الى الوسائل المخبرية جميعها غير ان تأمُّج هذه الفحوص الجرثومية قد تفضل التشخيص عوضاً عن ان ترشد اليه بسبب اشتراك الجراثيم وقد تستلزم اختبارات حيوية اخرى يرجع اخيراً في تحليلها الى السرريات . فلي الطبيب ان يضع دائماً نصب عينيه امكان اشتراك الجراثيم في هذه القروح والأعراض للعطش وكان تشخيصه ناقصاً .

السرريات : تصادف في الاعضاء التناسلية نماذج عديدة من الفونلات المشتركة نستطيع قسمتها بالنسبة الى نهجها السرري كما يلي : ١ — الفونلات المتناهية سواء أ جاءت الفونلة الثانوية في عقب عفونة بدئية او وقت الفونلات في آن واحد غير ان زمن الحضانة فيهما مختلف . ٢ — الاتانلات المعاصرة وهي اشتراكات جرثومية حقيقية وفي كلتا الحالتين يصعب التشخيص ولا يخلو الا حلق الطبيب المبرس .

أ — اشتراك البريميات وعصية دوكري : ان اكثر القرحات التناسلية المحتلطة ننجم عن اشتراك البريميات ودوكري وقد بين دوله من ليون صفاتها التي أسألكم السامح يذكرها بايجاز : من المعلوم ان مدة الحضانة في القرحة اللينة اقصر منها في القرحة الصلبة فاذا وقع التلقيح في آن واحد اتصفت القرحة بصفات القرحة اللينة اولاً .

« ان الحضانة في القرحة اللينة من ٢ — ٧ ايام وفي الثالب ٣ ايام وهي في القرحة الصلبة ٢٥ يوماً »

فالخطأ الذي يجب اجتنابه هو ألا تشخص هذه القرحة قرحة لينة ويهمل سيرها

المقبل فإن هذه القرحة تبدل صفاتها ويزول احتقانها باستعمال لقاح نيقول ولكن ندها يبطيء وإذا تكرر فحصها تبين أن لها قاعدة صلبة وقد تُكتشف البريميات فيها غير أن كشفها ليس بالامر الثابت ويصبح تفاعل بورده واسرمان ايجابياً غير أن بزل القعد اللانفاوية قبل ذلك الحين يكتشف البريميات فيها وسبق الحوادث واجب لاكتساب الوقت. فلي هذا النوال تنمو القرحة المختلطة عادة على أنها قد لا تسير بزمنين مميزين وذلك أن يكون الشخص قد أصيب أولاً بداء الافرنج ثم انه وفرحته لا تزال صغيرة جداً، يتلحق بحبة دوكري التي تدرك بسيرها السريع سير البريميات البطيء فننشأ من ذلك قرحة مختلطة بكل ما في الكلمة من معنى. ان استاذي للأسوف عليه لورثا — جا كوب كان يردد كثيراً على مسامعنا هذا القول المأثور : (ان اختلاص حافات القرحة يعني أنها قرحة دوكري والتصاق حافاتهما مناه قرحة افرنجية فسألها يوماً أحد تلامذته وما قولك يا سيدي اذا كان جزء من الحافات منقلماً والجزء الآخر ملتصقاً ؟ فاجابه الاستاذ تكون القرحة في هذه الحالة مختلطة). ومن جهة اخرى اذا كانت القرحة متبقعة اي متصفة بصفات القرحة اللينة وكانت قاعدتها صلبة اشبه بكونها مختلطة غير ان القرحة اللينة متى كانت شديدة الالتهاب وتفتتت تفتتاً ثانوياً قد تستند الى قاعدة مرتشحة وتميز الصلابة عن الارتشاح امر دقيق يتطلب خبرة أتمل المتخصص بالامراض الزهرية .

وهناك نوع ثلث من القرحات المختلطة هو القرحة الصلبة الملتقحة بصيات دوكري جد ان تكون قد بلغت تمام نموها فتبدو حينئذ قرحة صلبة نموذجية قد احتقر القرح سطحيها ولست ادرى حاجة الى التوسع في هذه الامور التي اصبحت معروفة فضلاً عن ان المشاهدة التي سادتها حديثاً لا تأتي بشيء جديد في هذا الموضوع .

ب : اشتراك القرحة اللينة والداء الجيني : قد يصادف أ — تماقبات الاتانين (غاته نيقولا . لوبو . شاربي . شوفاليه وبرثر . رافو وكاشارا . شولان) وتبدأ القرحة اللينة في الثالب (التفاعل الادمي الايجابي بالدملكوس) ولا تجدي المعالجة بالدملكوس نفعاً وتبدل الاعراض السريرية بظهور التهاب القعد اللانفاوية الحرقية وتفاعل فراي الايجابي بعد مرور مدة تبدل من اسبوعين الى ستة اسابيع من ابتداء المرض وهي الموافقة لفرق مدة الحضانة في هذين المرضين .

٢ — الاشتراك الحقيقي الناتج عن ثاوث واحد (وهو اقل حدوثاً) فيكون شكل الدبيلة (bubon) القرصي غير نموذجي وتلتهب القعد التنفاوية الحرقية والتفاعل الادمي بالدملكوس وبمولدة ضد فراي ايجايان في آن واحد وهذا ما يوضح سبب اخفاق الدملكوس (الدليل العملي لتشخيص ضخامات القعد التنفاوية القرصية والداء التنفاوي الحيبي لشركة سياسيا) .

٣ — اشتراك داء الافرنج والداء الحيبي : انه اشتراك اقل شأناً في السرريات لان اعراض داء الافرنج البدئي هي القرحة وعرض داء يقول فافر هو الدبيلة ومع ذلك فقد يصادف هذا الاشتراك بين حين وآخر فسير الفتوتان مآ وفي آن واحد لان حضانة داء يقول فافر هي ١٠ — ٣٠ يوماً كحضانة داء الافرنج وتسد القرحة الافرنجية الحبيسية كقرحة افرنجية ولا تستغرب ضخامة القعد التنفاوية فيها لان التهاب هذه القعد في داء قول فافر يشبه في بدئه التهاب القعد الافرنجي غير انه مؤلم قليلاً ويبتا تحسن القرحة بفعل المعالجة الشديدة يزداد حجم القعد ويمتد الالتهاب الى محيطها مكوناً كتلة محدبة مؤلمة ، فيشك حينئذ بفوقية مفردة هي القرحة اللينة او الداء التنفاوي الحيبي ويثبت تفاعل فراي هذا الداء الاخير ولتذكر ايضاً اشتراك داء الافرنج والقرحة اللينة والداء التنفاوي الحيبي وقد رأيت منه حادثة في مستشفى القديس لويس في شعبة استاذي رافو . واخبرني صديقي الرئيس غوي لارو انه شاهد هذا الاشتراك للثلاث كثيراً في بلاد ائلم .

٤ — اشتراك التهاب الحشفة العامي مع داء الافرنج: اود ان اذكر لكم الآن امراً قليلة معرفته .

الشاهدة : التهاب الحشفة السحجي القوسي (balanite érosive circinée) والقرحة الافرنجية: الجندي فيكتور ف. ارسل ليادي في شهر كانون الثاني السنة ١٩٤٠ لالتهاب الحشفة وقد كان مصاباً بأفات سطحية سحجية وقوسية كثيرة الدوائر مكونة ما يشابه التهاب الحشفة السحجي القوسي المنسوب الى يردال وبيلتي . وقد شملت السحجات الحشفة والتم الحشفي القلبي متجاوزة قليلاً على حدود الوجه الانسي للقفلة فلم يكن شك في التهاب الحشفة غير ان احد الاعراض استرعى انتباهي وهو ان في احد جوانب القلفة سحجة متصفة بالمفقات الآتية الذكر نفسها فهي مدورة او مضية

غير انها كانت اشد احمراراً من تلك ومرتكزة على قاعدة صلبة وهذا ما حلني على الشك .
في طبيعتها وقد كشف الفحص الجراثيمي فيها عدداً من البريميات وهي بريمات داء
الافرنج ذاتها وليست متممجات التهاب الحشفة ووسخ القلفة وتفاعل هشت وماينيكجمام
بعد مدة قليلة مثبتين للداء الافرنجي وقد عولج المريض معالجة شديدة بالزرنينخ والبرنموت
داخلاً وبالسكي بنترات الفضة موضعياً . ينضج من هذه الملاحظة ان هذا المرض لم
يتوضع داء الافرنج فيه توضعاً ثانوياً بل ان الآفتين اشتركتا لان النضر البدئي
البريمي كان شكله مشابهاً اتم المشابهة لناصر التهاب الحشفة ولا ادري ما اذا كان المريض
قد اصيب بالداءين معاً او ما اذا كان داء الافرنج قد زيد على التهاب الحشفة البدئي .

٥ : القبول (herpès) والأمراض الزهرية : قد يشترك القبول مع الامراض
الزهرية بأشكال مختلفة فقد يقيها او يرافها كما سترى بعد هنية في إحدى المشاهدات وقد
تسأل ديني ودوايون عما اذا كان القبول الناكس لا ينجم عن آفة زهرية سابعة أضف
الى ذلك ان القبول قد يكون مدخلاً للمدى بالقرحة اللينة او لداء الافرنج في اشخاص
يمرضون انفسهم للاصابة بهما وان اندفاع القبول قد يتقدم او يرافق ظهور قرحة افرنجية
فلا تشخص طبيعتها او يتأخر تشخيصها (داريه)

٦ : اشتراك مرض زهري وجراثيم مقيحة عادية : اصل الآن الى امور معروفة حق
المعرفة وهي مشاركة مرض زهري نوعي لجراثيم مقيحة اعتيادية وهذه الاشتراكات
مظاهر عديدة ومفيدة ارغب في ايضاحها لما ينشأ عنها من المشاكل السريرية :

ففي القسم الاول منها : ١ — الفوعة الاولى هي آفة نوعية زهرية كداء الافرنج او
القرحة اللينة والفوعة الثانية ناتجة عن الجراثيم المقيحة العادية وهذه الامور عادية وليست
ارغب في التوسع فيها لانها لا تخرج عن كونها قرحة متعنة ويعلم للمارسون جيداً ما تحدته
فوعة ثانوية من التمييز في شكل القرحة البدئية سواء أكانت لينة او افرنجية وان ابرز
خاصة تتصف بها هذه الفوعة الثانوية هي انها تمحو عن سطح القرحة الجراثيم النوعية
اي البريمات وعصية دوكرى فلا يستطاع العثور عليها كما لو عولمت القرحة بمطهر
قبل زرع المادة منها للفحص المجهرى . وقد عالجت حديثاً حوادث عدة كان شكل
القرحات فيها وتيجها ينفي تماماً كونها زهرية ولم يثر على البريمات فيها غير اني احسن

الحظ كنت الجأ دائماً الى فحص الدم الذي كان يعود ايجابياً بعد ان كان سليماً وكان داء الافرنج سبب تلك القرحة على الرغم من اختلاف شكل الآفة . وبديهي ان هؤلاء المرضى قد عولجوا في الحال المألجة النوعية اللازمة . واورد على سيدل الذكري فقط اختلاطات اخرى سببها الفوعة الثانوية كالنثرينة والتأكل (phagedénisme) .

٧ : الفوعة الاولى ناتجة عن الجراثيم المادية والفوعة الثانية نوعية وزهرية اي قرحة لينة او داء الافرنج فهي عكس الحالات السابقة فالآفة الاساسية هي التهاب الجلد المتقيح كحمرة الثنيات (impétigo) او اكتيا القضب وسند التشخيص الى منظر العناصر المرضية وتوسعها وظهور امثالها على بقية انحاء الجسد ولكن هذه الآفات قد تكون باباً تدخله البريميات او عصية دوكري فينقلب شكل الآفة البدئية قرحة نوعية ويسهل التشخيص ولكنها قد لا تتبدل الا قليلاً فاذا لم ترأب مراقبة سريرية دقيقة ولم يلجأ الى الفحص المخبري والمصلي قد يسير المرض الزهري سيرة الحثي ولا يعرف . وقد شاهدت في عيادتي اشخاصاً مصابين بمثل هذه الآفات ولم يكشفوا سوى فحص الدم الذي اصبحت ايجابياً رغم ان اوصافها السريرية كانت شبيهة بحمرة الثنيات فالتهاب الجلد المتقيح اعد السرير للبريميات في هذه الحالة .

ج — مشكلة تضيق القلفة وتضيقاتها الخلفية الالتهابية : تحدث الفووتات الثانوية تضيقات قلفة التهابية تنتج مضلة جديدة في تشخيصها . يأتي مريض مصاباً بالتهاب الحشفة والقلفة (balanoposthite) شديد حتى انه يتعذر رؤية الحشفة والتلم القلبي الحثي وكل محاولة تؤلم وتذهب سدى فان القسم الامامي متورم احمر وقرص من فوطة القلفة سيلان صديدي في الطيب في هذه الحالة ان يشخص آفة مستترة لان هذا التضيق القلبي قد يخفي آفات خطيرة ولا يجوز الانتظار ربما تأتي حمامات القضب الموضوعة والضمولات والراحة في السرير على الضيق لانه قد يستمر طويلاً وربما بضعة اسابيع تكون القرحة في انحاءها قد اضعفت اوصافها السريرية . فاعاننا فقل في مثل هذه الاحوال ؟ فليعلم ان تضيقات القلفة الشديدة تنجم في الغالب عن اشتراك الجراثيم المقيحة المادية مع القرحة اللينة او مع داء الافرنج او عن اشتراك الامراض الثلاثة معاً فليعلم ان تكرار تحريجات المخبرية باجراء التفاعل الايدي بالدم المكسوس والتفاعل المصلي الافرنجي حتى تحري البريميات يوزل

المقد المتفاوتة ما زلنا لا نستطيع الى الفحص المباشر سبيلاً والبكم هذا المثال النموذجي: المشاهدة الثانية :- تضيق قلفة التهابي يخفي داء الافرنج الابتدائي : دخل الجندي السوري عيسى الشعبة الجلدية لتضيق قلفة التهابي شديد ، القلفة متوذمة حمراء ولا سيما في قسمها الامامي وذمة القلفة صلبة وتحول دون رؤية الحشفة الغائصة في صديد اصفر لا يصدر عن الاحليل، ضخامة البعد المتفاوتة في الاربعتين واضحة. فكرت في القرحة اللينة المحتبئة غير ان التفاعل الادمي بالدملكوس جاء سليماً وبما ان المريض كان يتألم بشدة وكان منظر قضيبه فلفموياً قد حقت ثلاث حباب من البرويدون فكانت النتيجة ان خفت الاعراض وقد جاءت التفاعلات المصلية في الوقت نفسه ايجابية فلم يعد اقل شك في ان هذا المريض كان مصاباً بقرحة افرنجية محتبئة في الحشفة او في الثلم الحشفي القلبي لم تتمكن من رؤيتها .

ولكن اذا كان التشخيص في حالات ضيق القلفة الالتهابي لنزاً عسيراً فان الامر يسهل قليلاً في تضيقات القلفة الخفيفة الالتهابية لان الحشفة تكون ظاهرة فيها غير ان الآفات التي تصيب الثلم الحشفي القلبي قد يستمرها تورم الحشفة وعلاوة على ذلك فان صفات الآفة تتغير دائماً بسبب التورم وتأخذ سريماً شكلاً قرحياً وهاكم مثلاً على ذلك :

المشاهدة الثالثة : تهرحات عديدة على القضيب لينة وافرنجية . التهاب الحشفة والقلفة

التقيص، تضيق قلبي خلقي التهابي : دخل الجندي السوري توفيق المستنفي مصاباً بتضيق القلفة الخلقي الشديد الالتهابي مع وذمة عظيمة في القضيب والتهاب الحشفة والقلفة التقيص وقد حالت الوذمة المؤلمة دون فحص ثايل القلفة المحتبئة والجراء فحوص مجهرية مباشرة ، التفاعل الادمي بالدملكوس ايجابي بشدة، التفاعل المصلي الافرنجي سلبي في ٢٢ تشرين الثاني سنة ١٩٣٩ . فالتشخيص كان ضيق القلفة الخلقي الالتهابي المختلط بقرحة لينة . ومع الضيق مرتين بالكفاءة النارية وحقق بست حباب من اللقاح المضاد للقرحة اللينة ولم تهمل المعالجات الموضعية بالمطهرات والمحاللات فتحسن التهاب الحشفة والقلفة تحسناً يذكر وخفت وذمة القضيب شيئاً فشيئاً واصبح من الممكن رؤية تهرحات ذات شأن على الحشفة والقلفة غير منتظمة بطيئة الندب على الرغم من استعمال المطهرات الموضعية وفي ٦ كانون الاول جاء التفاعل المصلي ايجابياً بطريقة هشت وماينيكه وفرن فالتشخيص كان مصاباً بداء

الافرنج أيضاً . ولم يكن مصاباً بفرنجي قديم لأن التفاعل المصلي جاء سلباً في الفحص الاول وقد تحسنت القرحات وشفيت اثر استعمال الادوية النوعية .

د : واليك الآن مشاركة لم تذكر بعد على ما اظن وهي التهاب الحشفة والقلفة المتقودي مع قرحة لينة وهي المشاهدة الجديدة الوحيدة في هذا النقرر :

المشاهدة ٤ : — حادثة التهاب الحشفة والقلفة المتقودي مع قرحة لينة وعقبول :

يوسف ك. عرف طيار عمره ٢٢ سنة ارسل اليّ في ١٢ كانون الثاني السنة ١٩٤٠ لاندفاعات غريبة الشكل على وجه القلفة الباطن ظهرت فيه تدريجاً منذ التاسع من الشهر المذكور وهي اندفاعات صغيرة مدورة قررها متقيح قليلة الام تاجع على ما يرجع عن انبثاق ينور يرافها اتباع عقد الاريتين المؤلم ولا سيما اليمنى منها وقد ظهرت هذه الاندفاعات بعد الجماع بتسعة ايام ولم تلّ حرارة المريض . فاستأداً الى حادثة فلدرة لالتهاب الفم المتقودي صادفها منذ بضع سنوات شخصت كوها من منشأ عنقودي وقد أكد الفحص المخبري ظني فوضح ان تحتها الصديدية كانت مزرعة لمكورات عنقودية صرفة . وقد جاء تفاعل ايتو — رينستينا ابي التفاعل الادمي بالملكوس ايجابياً شديداً وقد ظهر باكرأ وكان شديداً وطويل اللدة ولم يكن هذا الشخص مصاباً من ذي قبل بالقرحة اللينة ولا يفوت ان عصية دوكري لم تظهر بالفحص المباشر . فوّلج المريض بالملكوس وتحسنت حاله منذ الحجابة الاولى فاصفرت الاندفاعات وزال احتقانها وندبت بسرعة زائدة وكذلك كان شأن القعد التنفاوية التي زال ألمها وغارت تماماً وهناك امر ذو شأن وهو ان باقمن القاريل ظهرت على القضيب بعد اربعة ايام من دخول المريض للمستشفى ولا يمكن عزوها الى ارتكاس الملكوس لسرعة ظهورها بل يترأى لي ان الاندفاعات المتقودية والقرحة سهلت ظهورها . ان هذه المشاهدة تستحق الذكر لانها تكشف مشاركة جرثومية جديدة ولا أن شكل القرحات فيها لا يشبه القرحة اللينة مطلقاً .

الخلاصة : اني اكرر ما يقوله اساتذتنا وهو ان كل قرح تناسلي ولو بدا تشخيصه واضحاً يستلزم دائماً التفيتيش عن الامراض الزهرية الكبيرة اي داء الافرنج والقرحة اللينة ومرض نيقولا فافر ويطلب التحريات السريرية والمخبرية الدقيقة وذلك بحري عصابات دوكري والبريميات في القرحة وفي عصارة القعد التنفاوية المرافضة بما فوق المجرى . وبالفحص

الصلي في كل اسبوع او على الاقل في كل ١٤ يوماً خلال شهرين كاملين . وبالتفاعل
الادمي (ايتو — رينستيرا) في القرحة اللينة وتفاعل فراي في الداء التنفاري الحبيبي .
ولا حاجة الى التلقيح الذاتي لما لتفاعل ايتو من الشأن وعلينا في الممارسة وفي الحالات
المشتبه بها ألا نهمل تكرار هذه الفحوص متى جاءت سلبية في البدء فقد لا ترى البريميات
الا بعد تكرار الفحوص مراراً وليعلم ايضاً ان التفاعل الادمي بالدملكوس يظل سلبياً
في الاسبوع الاول .

والخلاصة ان نتائج الخبر والسريبات تؤلف مجموعة يستلزم ددسها صبراً واتباعاً .



٤-توسطات على العصب الودي لتسكين الألم

في ثلاثة معاين بالسرطان

للعلم لوسر كل

ترجها العلم عزة مريدن

في اليوم الاول من تشرين الثاني سنة ١٩٣٨ قدم الي المدعو أبو صالح الصاب بالسرطان وعمره ٥٨ سنة وفي حفرته الحرقية شرح اسطعائي ثابت، لآلام حوضية لا تحتمل قد اعترته منذ شهور عديدة لا يسكنها المورفين ، وقد حدثته نفسه مراراً بالانتحار بعد ان أخفقت جميع الوسائل في تخفيف آلامه وتحسين حاله التامة واليكم قصته :

في ٥ حزيران السنة ١٩٣٧ اكتشفت خزعة من ورم صغير مستقيمي اكتشف باللس بعد اخفاق جميع المعالجات التي وجهت الى التناذر الزحاري الذي ظهر فيه منذ شهرين او ثلاثة اشهر وكانت نتيجة الفحص التيسيجي الذي اجراه الاستاذ (يورسين) ان الورم بشري اسطواني نموذجي ، فاشير على المريض عندئذ بتحويل البراز عن الورم قبل المعالجة الشعاعية التي يستطيع المريض متابعها في مؤسسة المعهد الطبي الفرنسي في بيروت .

ظل المريض يفكر شهراً ثم فضل السفر الى باريس حيث أجرى له الاستاذ (غوسه) شرحاً حرقياً ، ثم طبقت في جوف مستقيمه معالجة بالراديوم والاشعة (الدكتور برتيلون آب وايلول ١٩٣٧) ولم تحدث حتى هذا التاريخ عرقلة تذكر . وبعد قليل من عودته لسورية ، بدا فيه زحير ما عثم ان اصبح لا يحتمل ، ترافقه مفرزات غزيرة ، سببها من غير شك التهاب المستقيم المتأخر ثم انتشرت الآلام في الحوض جميعه ، وترايدت باضطراب ، ودعت الى تخدير المريض بصورة مستمرة بالسكوبولامين والمورفين وسم الكوبرا وغير ذلك . ولم يمض قليل حتى نفذ تأثير هذه الادوية وساءت حالة المريض العامة ، فاشير عليه

بالاستئماع ثانية فاجراء له في بيروت الاستاذ (شومه) .

حينما رأيت المريض للمرة الاولى كان قد مضى عليه سبعة اشهر ، لم يتحسن في خلالها ، بل زادت آلامه ، وعاد المس شاقاً يكشف عن كتلة كبيرة ثابتة تماماً الحوض ولا يستطيع تحديدها ، وما بقي من لمة المستقيم محشو براعم متقرحة ، وبلغ مقدار المورفين في كل يوم عشرة سائغرامات ، وعلى الرغم من ذلك فان آلام هذا النمس كانت مبرحة فاقترحت عليه تجربة التخضيب القطني حتى اذا سكن الألم اعقبناه بقطع السلاسل الودية واجريت التخضيب القطني بالنوفوكاين مرتين او ثلاث مرات في الطرفين الايمن واليسر فكانت الآلام تهدأ ساعة او ساعتين .

ثم زعت السلسلة القطنية اليمنى ما وراء الصفاق في ٨ كانون الاول ١٩٣٨ واكملت العملية في ١٧ كانون الاول بزع السلسلة القطنية اليسرى ، (نظفت ساحة العملية بالفول واجريت الشق خلف الشرج الاصطناعي ونذب الجرح بدون طارئ) .

لم تسكن الآلام فوراً ، بل بدت كأنها سكنت سكناً محسوساً مساء يوم كل من المملتين ، ولا بد ان يكون لنزع المورفين عن المريض ، بعض التأثير في الاخلال بالتأنيج وفي كل حال قصت مفرزات المستقيم بتاريخ ٢ كانون الثاني ١٩٣٩ اعني بعد ١٥ يوماً من العملية الثانية ، وزال بعض الارق ، وامتت الآلام الحوضية الشديدة .

وغادر المريض فراش المستشفى وعاد توطاً الى داره ، لا يحمل من الألم شيئاً ولا يشكو الا حس ثقل في الحجان وبعض المفرزات المدماة التي كانت ترغمه على استعمال الحفاظ وتابع التحسن سيره منذ ذلك التاريخ .

وفي ١٢ نيسان كان المريض قد استعاد ١٢ كيلو غراماً من وزنه وعاد كأنه قد هت الى الحياة جديداً ، ولم يبق ما يرعبه غير زرع مصلي شرطي مستقيمي خفيف متقطع .

واعتقد المريض انه شفي وطالب البنا اغلاق شرجه الحرقفي وفي ٢٩ تشرين الثاني ازدهرت حالة المريض ، واخطت المفرزات التي كانت تخلق باله اقطاعاً تاماً منذ شهر ، وعاد المريض الى حياته السابقة حياة العمل التي كان قد حرماً .

ولشعر بمس شرج المريض بكتلة قاسية ، متصلة كأنها جسم واحد مع العجز وجدردان الحوض الصغير ولمة المستقيم ضيقة كقناء لا تستطيع الاصبع المرور فيها اكثر

من بضعة سائمات .

وفي شباط ١٩٤٠ كانت حالة المريض العامة طيبة ، واعمت الآلام بتأناً ، ولم يعد هذا الموضع يشكو شيئاً واخذ يضرب في الأرض مسافراً ، يتذوق لذة الحياة حتى النهاية ، واصبح يغفل الحديث عن شرجه الحرقني الذي ألفه كل الالتلاف .

اصود القائمة جميعاً التي جناها المريض الى العالجة الشعاعية ؟ ام للعملية الودية نصيب فيها ؟ أثر توسع الاوعية في البؤرة وحسن حالها ؟ أسئلة لا يستطيع الجواب عنها ، ومهما كان الامر ، فان الآلام التي بدت في المريض ودعتني الى التوسط كانت ناجمة عن سرطان المستقيم او التهابه التالي لاستئصال الراديوم ، او لاشتراك الامر من مآ ، وقد زالت بعد عشرين يوماً من التوسط على الودي ، في رجل اعتاد المورفين ، ولم تمد الادوية تخفف شيئاً من آلامه ، فهل كان هجوع الثوب الناجمة عن التهاب المستقيم المشهور بآلامه ، وليد الصدفة بعد عملية الودي المضادة للآل ، وهل الآلام التي تحدثها هذه الرقعة تتظاهر على النحو الذي بدت فيه : اشتداد تدريجي متزايد خلال خمسة عشر شهراً عقب هدوء لحائي في بضعة ايام .

ان ممارستي الناقصة في امثال هذه المراقيل لا تسمح لي بحل المشكلة ، ولكني في كل حال لا اؤكد ان القطع الشامل لم يكن مساعداً على ذلك التحسن المفاجيء ، فهل يمكن القول بفعل الاقحاع في مريض مضطرب النفس بامال المخدرات ؟ ربما كان لهذا الامر نصيبه من مجموع العناصر الفعالة الناقصة .

وأياً كانت الفرضية التي نستعين بها للشرح والتعليل فان امراً واحداً لا يزال صريحاً وهو ان رجلاً مصاباً بسرطان مستقيم لا يستطيع استئصاله عولج بالاشعة وظلّ يتألم بشدة خمسة عشر شهراً ، حتى انه لم يمْ منذ سنة على الرغم من المقادير المتزايدة من الادوية المخدرة وقد زالت آلامه بتأناً ، بعد ايام من قطع السلاسل الودية القطعية في الجانبين . ولا تزال حالته حسنة بعد اقضاء خمسة عشر شهراً على عملياته .

اما تعليل هذه النتائج فلا نستطيعه قبل ان تجتمع لدينا مشاهدات عديدة من هذا النوع .

٢ — قدور بك وعمره ٥٥ سنة ، قطعت معدته في نيسان ١٩٣٨ في مستشفى جامعة يروت الاميركية لسرطان البواب . هذا بعد العملية وظل هادئاً عشرة شهور . ومنذ ثلاثة اشهر ، وذلك عند ما رأته للمرة الاولى ، عادت آلامه بشدة متزايدة حتى أصبحت لا تحتمل وكانت تأتيه نوباً ، فيصيح في اتائها ، ويمزق ثيابه ، وبالاختصار حالة لا تحتمل على الرغم من المهدئات المختلفة ومن ستة سائغرامات من المورفين في كل يوم ، ويدعي هذا المريض ان آلامه اشد في القسم الايسر من الجذع ، تنتشر الى الكتف والذراع . اجريت له مخضياً تجريبياً للحسين الحشويين ، فخفضت الآلام بعد قليل ، ودام الهدئ بضع ساعات ، فأعيد التخضيب وكانت تائجه كالاول ، فاقترحت قطع الحشوي في الجانبين ، وبعد المذاكرة مع المريض واطيائه اجريت قطع الحشوي الايسر في ١٤ نيسان سنة ١٩٣٩ فكانت النتيجة باهرة وهجمت الآلام في المساء ، وفي اليوم الثاني لم يشك المريض الا جرحه الجراحي فقط ، واخذ التحسن يزداد حتى ان المريض اكتبى بالتوسط الاول وعُدل عن العملية في الطرف الايمن .

وفي ٢٤ نيسان اصيب بنوبة جديدة ، اخف من سابقتها فعاد الى المورفين ، واصبح المريض يدل على مصدر الالم في الحفرة الحرقية اليمنى وانتشاره الى الجهة نفسها ، قد يكون هذا العارض زائلاً ، ولكنه يبرر المحاولة في الايمن قبل ان تقول بالاخفاق ، غير ان المريض رفض التوسط وهذا الرفض دليل على التحسن ولا شك ، وسافر في ٢٦ نيسان الى القرية ليستعيد بعض قواه .

عدت الى فرنسا ، وبعد قليل من وصولي ، تلقيت كلمة أسأل بها عما اذا كنت استطيع اجراء الزمن الثاني ولا بد من القول ان المريض لم يعد يشكو شيئاً في الجهة المبضوعة ولما كنت لا استطيع ان اصنع له شيئاً خلال المصلحة ، اقترحت عليه بعد ان بدا لي ان السفر لا يتبعه ، ان يأتي الى ستراسبورج حيث يرى الاستاذ (لوديش) الذي يقرر ما يجب عمله . فانصاع لما اشرت به وقطع الاستاذ لريش عصبه الحشوي الايمن في آخر حزيران ، وقد رأته في فينال بعد ايام متعباً ولكن أله قد خف فصار الى بليرز وعزم بعدها على زيارة الشاطئ الاזורدي قبل ان يركب البحر عائداً الى سورية ، ولم اعد اعرف عنه شيئاً . وقد أتى به الى دمشق محمولاً ، فاستلمت عن حاله وعرفت انه بعد قضاء ثمانية ايام

في باريس اشار عليه من ماله بالرجوع الى مسقط رأسه، ومنذ ذلك الحين بدأت تسوء حالته سريعاً : فانه ، يرقان ثبت احتمال استئصال الورم للعنقلة (البكرياس) وعاش المريض شهراً بعدها في بيروت ويؤكد ذووه ان آلامه انقطعت انقطاعاً تاماً خلال عشرين يوماً بعد العملية ، واظن ان التوسط الودي لو بكر فيه لكان احتمال المرض ولجئ منه فائدة احسن واعطول .

٣- أ . عمره ٥٥ سنة يشكو منذ خمس سنوات آلاماً شرسوفية وقصاً عنيداً .

حالته الحاضرة : مريض مدقع ، آلامه شديدة مبرحة يتنوي حين حدوثها ويتأوه بلا انقطاع فيمت تأووه اضطراباً في القاعة التي استشفى فيها ليلاً نهاراً

فحص بالاشعة فظهر ان الباريت كان يجتاز المدة بدون اقل عائق ولوخط بعض اتساع في القولون ، فتح بطنه فتحاً استقصائياً في ٢٢ نيسان ١٩٣٩ فشوهد استئصال سرطاني في وجه الكبد السفلي الذي كان ملتصقاً بالمعده الفكري ، وفي الايسر كتلة قاسية ثابتة شكلها متطاوّل كلوزة كبيرة جداً ، طيبتها سرطانية على الاغلب ، ولم يكشف الاستقصاء السريع غير ما ذكر من الآفات الحشوية البدئية (المعده ، العنقلة ، الامعاء)

اغلق الجرح ووضع المريض مائلاً على التضدة واجري له قطع الحشوي الايسر تحت الحجاب . وفي مساء اليوم نفسه لم المريض ، وفي اليوم الثاني زالت الآلام كلها ولم تعد ابداً حتى تخرج من عافائه المستشفى بعد اثني عشر يوماً من التوسط ، ولم رُ الموضوع بعد ذلك . لقد بدا لي ان النتائج السريعة التي تضمنتها سلسلة هذه المشاهدات كافية لاستئصال جراحة الام من عجزت الوسائط الاخرى عن تخفيفه .

تقديم مرضى

للعلیم نظمی القبانی

أ - فتح عرطل

قدم الاستاذ الموسو لوسر كل لحضرتكم في جلسة سابقة هذا المريض مصاباً بفتق اربي
ايمن عرطل فاسمجحوا لي ان اقدمه لكم ثانية بعد ان رحت فتحه في ١٨ كانون الثاني ٩٤٠
العملية : خدد المريض تخديراً قطعياً بأربعة ساتترامات من الستوفائين، شق الجلد زهاء
١٥ سانتيمتراً وبعد فتح كيس الفتق انصب منه زهاء لتر من سائل اسفر اللون وبدا في
الكيس القسم الاعظم من المي الدقيق والاعور والقولون الصاعد وقسم من المعترض
وكانت عرى المي الدقيق حرة غير ملتصقة اما الاعور والقولون الصاعد والمعترض فكانت
ملتصقة التصاقاً شديداً بكيس الفتق. وردت المي الدقيق الى جوف البطن بدون صعوبة
تذكر ثم جردت الاعور والقولون عن جدار الكيس وكان هذا التفريق صعباً ودقيقاً ،
ورددت هذا القسم من المي الخليط ايضاً الى جوف البطن الذي كاد يضيق عن استيعاب
هذه الاحشاء التي فقدت حق سكناها فيه بعد ان مرت على مفادتها له ثماني عشرة سنة
وخلت الكيس بغرز عديدة من الحشوة ورمعت الجدار بعدة غرز بشكل U وبشعر فلورنسة
بعد ان ضاعفت جدر الناحية بشكل صدرية ثم قطعت الصفن التسع ، المرتشح الذي تفرج
قطبه السفلي ووجهه الخلفي وخلت الجلد اخيراً بشعر فلورنسة تركاً احضوا في القسم
السفلي من الجرح . وفي اليوم الثامن نزع الحيوط وكان بعض النزف متقيحاً واستمر
التقيح بعض الوقت والمريض الان امامكم سيغادر المستشفى غداً عائداً الى قريته جذلاً
بالعودة الى عمله الذي تركه منذ عدة سنوات بسبب فقه العرطل .

٢ - استئصال جسم الطنبوب برمه وتجمده

اقدم لحضرتكم صورة شعاعية لساق طفل عمره عشر سنوات دخل المستشفى منذ سنة
مصاباً بالتهاب العظم والتيق الفائق الحدة والمزدوج القطب في الطنبوب الايسر فاستعنه
اسطافاً سريعاً وبعد شق وجه الساق الامامي من اعلاه الى اسفله رأيت الطنبوب معري

عن سمحاقه وغائماً في الصديد الامر الذي اضطرني الى استعمال جسم العظم برمته والاحتفاظ بنضروفي الاتصال والمشاطتين والسمحاق . ثم دككت الجرح بالفرزي (الناش) وثبت الطرف في ميراة جسر خلفية . فحسنت الحالتان العامة والموضعية بسرعة بعد العملية ولما رأى اهل الطفل هذا التحسن اصروا على اخراجه من المستشفى قبل ان يتمم جرحه تماماً ثم عاد الينا منذ اسبوعين بناصور في الثلث العلوي من ساقه اليسرى نفسها ورسمت ساقه بالاشعة وهو الرسم الذي اتشرف بتقديمه لكم وفيه يبدو عدا الشظية الصغيرة المناسبة لتاجية الناسور تجدد في عظم الظنوب غير منتظم الشكل ولكنه متين مائة كافية تمكن هذا الطفل من المشي بدون نزعاج .



بحث غريزي صحي عن النوم

بقلم الطيبين

موفق المالكي

طبيب المستشفيات الداخلي

شفيق البابا

المساعد في المهد الطبي

لا يكاد الوليد يصير نور هذا العالم وتدوي فيه صرخته الاولى حتى تبدو لنا حياته موزعة بين حالتين احدهما اليقظة والثانية النوم ، وقد عدَّ الفلاسفة والعلماء الحالة الاولى حياة حقيقية وشبهوا الثانية بالوفاة واعتبروا الوفاة نوماً ابدياً ، وشرعوا بالبحث عن مميزات كل من اليقظة والنوم واخذوا يتساءلون عن اسباب النوم وكيفية وقوعه وعن اليقظة واسبابها . تشبه مظاهر النوم الاولى بعض مظاهر الراحة يستولي النوم فيها على الاعضاء بصورة تدريجية ومتتابعة فيسترخي ما يتحرك بالارادة من العضلات خلا المصبرات والماضفات وتقلق الاجفان وتجه الحدقتان الى فوق والجانب المحيطي غايتها تكثيف الجفن العلوي الذي يسترها بزاوية القبة الحاجبية وذلك لتبديد الثور الذي يمر قل فعل النوم وسيره وتنقبض الحدقتان ويزداد اقباضهما شدة كلما كان النوم عميقاً ثم تنخفض الانسكاسات وقد تمحى وينقص تأثير التنبيهات المختلفة وقد يزول اثرها موقفاً على ان حاسة السمع اكثر الحواس حساساً اذ هي آخر ما يفييه النوم . يبطؤ التنفس ويصبح الشهيق عميقاً واطول من الزفير وبينما يكون التنفس في اليقظة والاضطجاع محايياً يتفخ البطن يسود في اثناء النوم صدياً ويغضي ذلك كله الى نقص في تهوية الرئة . يتناقص عدد دقات القلب ويخف قوتها ويهبط توتر الدم قليلاً وينشط هجومه نحو اقسام الجسم المحيطية فيركك فيها ر كوداً قسماً ، اما دورة الدم في الدماغ فلم يتفق عليها بعد وقد ادت تجارب موسو (Mosso) الى القول ببطء الدوران الدماغى ابان النوم وجاءت تجارب شيدارت (Shepart) مناقضة لذلك ومؤيدة لنشاط الدوران الدماغى في اثناء النوم . ويختلف شأن الافرازات في النوم اختلافاً كلياً اذ يقول سانكتوريوس (Sanctorius) ان ما يطرحه جسم الانسان من العرق خلال

الساعات السبع التي ينامها يعادل مجموعها ما يفرض من بدنه من العرق في ساعات اليقظة وثبت الواقع ان هذا القول ينطبق على افراد العرق فقط اذ يكفي دفع الفراش وما يتلو من اتساع في العروق المحيطة لزيادة مقداره على الضد من الافراز الدمعي الذي يتناقص اثناء النوم لاقطاع الاجفاف عن العمل وكذا يقال في نقص مقدار البول اضف اليه تبدل نسب ما يفرغ فيه من المواد فينشط اقتراف الفوسفور لاسترخاء العضلات (كلايمان Kleitman) ويقل مقدار الكلور والآزوت والحوامض الاسيية وينزف افراز اللشادر، وما يلاحظ ايضاً هو ازدياد توتر حامض الفصح في السونخ الرئوية في بدء النوم وتناقص هذا تدريجاً حتى الصباح وتشير التبدلات المذكورة الى اتجاه نحو حموضة الدم ونقص في احتساس للر كتر التنفسي تجاه تركيز شوارد الهيدروجين .

تهبط حرارة الجسم في اثناء نوم الليل قليلاً ويناسب ذلك عادة هبوط درجة حرارة المحيط وتختلف نتائج التطور الاساسي اذا قيس في الصباح بين ليلة قضاها النائم في هدوء وسكينة واخرى قضاها ارقاً مسهداً فهي اقل في النوم الهادئ منها في ليلة مؤرقة وتختلف ايضاً بين الراحة في اليقظة والنوم فهي تكون في الحالة الاولى اكثر مما في الثانية لان الحال المذكورة لا يصحبها ارتخاء في العضلات يماثل ما يبدو في الثانية ، ويمكننا ان نقول استناداً الى اكثر التجارب التي اجريت في هذا الصدد ان التطورات في اثناء النوم اقل مما في الراحة واليقظة ، وقد تردد التطورات ايضاً في النوم الوقت الذي يتم في راحة النهار لانه لا يصطحب حتماً بخفة التطور العام . ويستخلص بنديكت (Benedict) من اختباره الطويلة التي قام بها في هذا الشأن قوله هذا وهو ان التطور (ماتابوليسم) في اثناء النوم اقل بكثير مما هو في اليقظة .

مميزات النوم الطبيعية : ان ما يمتاز به النوم الطبيعي عن النوم المرضي او الدوائي هو امكان ايقاظ النائم بشئ الوسائل وسهولة ايقاظه، بيد ان النوم اتاجم عن تأثير الادوية او السموم او المحددات لا يوقظ المصاب منه الا بصعوبة فائدة او بعد زوال اثر المحدد . ولعل فضلاً عن ذلك ان قابلية التنبيه (excitabilité) تنقص في الساعات الاولى من النوم نقصاً سرعاً ومحسوساً فيبلغ النوم فيها اقصى شدته ثم يخف بعد ذلك حتى اليقظة على ان هذا يختلف ايضاً باختلاف الاشخاص وعاداتهم في نومهم . ويعود الانسان في اليقظة

الى الاتصال بمحيطه ويتم الانتقال من النوم الى اليقظة بسرعة او ببطء نسبي فان فرك الاعين والتطلي والنهوض من الفراش كلها امور تسهل عودة الاحساسات والحركة وتأخر عودتها خلاف ذلك اذا ما استسلم المضطجع الى حرارة الفراش ودفعه ، وتستعيد الاجطان في اليقظة سابق وضعها وتنسع الحدة مدة من الزمن حتى يستتب توازنها ويبدو التوتر العضلي فيظل استرخاء العضلات .

تختلف كيفية توقع النوم باختلاف السن والاشخاص فمن الناس من ينام بسرعة فلا يكاد يستلقي على الفراش حتى يخط في نومه ومنهم من يقلب عليه طويلاً قبل ان يحل الكرى في جفنيه على ان الرغبة في النوم والتفكير فيه يسجلان في وقوعه فيثاقل الجفنان وتدعم العينان وتسترخي عضلات النقرة قبل غيرها ولذا نرى النائم في وضع غير مناسب يدفع الرأس منهم الى الامام بين حين وآخر ، ويقل احتمال النائم للتياب الضاغطة بتيجة نشاط الدورة المحيطة اثناء النوم . ويمتاز به النوم يتب الدماغ وتور الاتباء وتخف التنبيهات الحسية والارنكاسات الحركية التي تنجم عادة عنها .

اسباب النوم : يقول بعض المؤلفين ان النوم ينشأ عن الانسجام بمواد تراكت في الجسم ناتجة عن التعب او اليقظة وقد استخلص من تجارب (لوجاندر ويارون Legendre et Piarron) النتيجة التالية : كلما طال مدة اليقظة اشتدت الحاجة الى النوم حتى انه قد يأتي حين يصبح فيه النوم قاهراً لا يستطيع الشخص الافلات منه وما سبب ذلك الا انسجام البدن بمادة مجهولة لها صفات الذيفان والحميرة وتصادف في الدم وسائل الدماغ والنفخ الشوكي وفي المنع وهي وليدة بعض التطورات الخاصة وتعمل تأثيرها في الخلايا الهرمية خاصة والخلايا الكثرية الاشكال التي تصادف في قشر الدماغ وفي خلايا بوركنج المخيخية وفي خلايا العقد الشوكية . وهذه المادة النوم (ذيفان النوم hypnotoxine) هي بحسب رأي يارون مادة تختلف عن سم التعب ولا يمتزج مع ذلك ان التعب العضلي متى كان شديداً علق النوم وسبب الارق مدة من الزمن .

لا جرم ان اثر النوم في راحة البدن ونشاطه امر مشهور لا يحتاج الى ايضاح على ان من الخطأ تشبيه الحاجة الى الطعام بالحاجة الى النوم لان حس الجوع يكاد يضمحل تقريباً في مدمني الصيام او الحمية الخاصة على التقبض من النوم الذي ترداد الحاجة اليه

في من اضطر الى التناول عنه وتبدو قاهرة ومسيطره لا تناس من الخضوع والاستسلام اليها ويقول يادرون ان سم النوم لا يجلب النوم بتسميمه الحلايا بل بما يولده من ارتكاسات ناهية لتأثير التنبهات المحيطية التي تحتضنها اليقظة والعمل .

لقد قيل منذ عهد قديم استناداً الى ما يلاحظ من اوضاع الانسان ابن نومه وما يتمس من الوسائل الميسرة له ان من اعظم اسبابه اجتناب التنبهات والابتعاد عنها الا ان اختبارات كثير من علماء الفرائز امثال هوبل (Heubill) وسترومبل (Strümpell) وغولز (Goltz) اثبتت ان ابطال تنبيه الدماغ بإزالة قشره لا يحول دون النوم حتى ان الكلاب التي تزع قشر دماغها كانت تبدي مظاهر النوم واليقظة ويعد ذلك مشاهدات هرز (Herz) وريدل (Riedel) عن الصم والصمي وعن المصابين بالصمم معاً اذ تشير الى عدم ضرورة الاحساسات السمعية والبصرية لاحداث اليقظة وانه لا بد في التفسير من البحث عن عوامل باطنة تدعو الى اليقظة

يقول براون سكوار ان الحادث الاساسي في النوم الاعتيادي هو فقد الوعي بعمل ناهيزيل الارتباط بين حادثين متتابعين احدهما لازم والآخر ملزوم له ويسمى الارتكاس المتصل بهما ارتكاساً شرطياً ويؤمن بان النوم نتيجة نهى فك ارتباط الحادثين المذكورين ويأتي لنا بمثال صريح على الارتكاسات الشرطية فيقول ان الفند القماية تشرع بالافراز اذا باشر الانسان الطعام وقع ذلك بارتكاس اصلي او مطلق غير ان مجرد حضور الطعام وحده يكفي لحفز تلك الفند على الافراز ويمكن ان يستعاض عن حضور الطعام بحادث مماثل كقرع جرس يؤذن بحلول وقت الطعام وتمتد الارتكاسات الاخيرة ارتكاسات شرطية وهي ذات شأن في الحياة يكتسب الحيوان اكثرها بالمادة والتعلم وتقع مراكر انطباعها في قشر الدماغ فاذا ازيل زالت بزواله ، ونضيف الى ان الآلية الصحية مرتبطة بحادثين اساسيين التنبيه والنهي ونسب الارتكاسات الشرطية عمل التنبيه المباشر والارتكاس الاصلي وان اثر حادث النهي في فك الارتباط بين الارتكاسات الشرطية يؤدي الى زوال التنبهات المحيطية زوالاً موقتاً فيدعو الى النوم .

فهرس اول

فيه مواد المجلد الرابع عشر من مجلة المعهد الطبي العربي
مرتبة على حروف المعجم

— أ —

الصفحة	
٢٧٩	استئصال ورم المثة الفدي عبر المثانة او من خلال الاحليل
٤٥٦	استئصال جسم الطنبوب برمه وتجمده
٢٦٤	الاكابرين في ضخامات الاطحلة البردائية للزمنة
١٩٣	الام والجراحة
٢٠١	المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعون

— ب —

١٤٩	برويوننت التيستوستارون في الثدي المؤلة والاورام الليفية
٢٩٠	— البهر (معالجة —
١٣١	بلة كلسية في الاكتار من الحيون (د)

— ت —

١٩٠	تاريخ الطب في الراى وتقدم الكلية الطبية فيه
-----	---

— ج —

٣٦٤	— الجرائم سلاحاً في الحرب (أتكون —
-----	-------------------------------------

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق ٣٥١، ١٢٩، ٦٥، ٤

٤٣٣، ٣٦٩

جورج ادورد پوست ٢٢٢، ١٥٩

— ح —

— الحروق والجروح (وسقتان بسيطان وفنعتان في — ٣٧١

— حنفى سببح في مؤتمر القاهرة (خطاب الاستاذ — ٥١

حبيبات الثآنية في الرضع ٧٠

— الحكة العجانية بمحمن العجز بكبريات للفتيزيوم (معالجة— ٣٤٢

— حالات الاعياء بلهاماتو بورفيرين (معالجة — ٢٦٩

— خ —

— التخدير القطني في تشخيص امراض القولون المرطل (شأن— ٢٧٥

— د —

— داء ركلو بمخلاصات جسم المبيض الاسفر (معالجة — ١٥٢

— دوران الاطراف المبيض (درس اختبائي عن — ٣٤٧

المداداة الشعاعية في معالجة الفلوج ٤٢١

— ذ —

— ذنب الحصان وريثة فخرية مزمنة (تناقد — ٤٣٥

— ذوات الجنب التقيحة غير السلية (المعالجة الدوائية في — ٤١٢

— ر —

رؤية مزمنة مشوهة تحسنت باستئصال نفاث الدق ٩

— س —

سرطان الرئة البدئي وطريقة تشخيصه	٣٩٧
— لسر الرئة (معالجات صغرى —	٣٨٨
انسهامات الدم بالكورات المتفوية	٢٠١
— السنوخ الرئوية (حادث تمزق —	٦٧
سقتنا الراجعة عشرة	٣
— السولفاميد موضعياً في معالجة الكسور المبرقة (استعمال —	٤١٠
— السيلان المزمن في الحويصلات النوية (تأثير —	٣٠

— ش —

الشباب والأشباب ١٧٠، ١١٥، ٥٦

٣٦٨، ٣٢٨

— الشرث بالتضيق القطني (معالجة —	٤١٥
— الشلل الطفلي بكورات البوتس (معالجة —	٣٤٥

— ص —

صفرة الاكريدن في معالجة الاتان الثني	٤٣١
--------------------------------------	-----

— ض —

— الضمور الحظلي البدئي (عيلة مصابة بـ —	٦
---	---

— ع —

— العفونة التناسلية الخطرة في عقب البذر الاصطناعي (حادثة	٧٦
جديدة من —	
المعانة السريرية في امراض الطام	٢٨٦

الصفحة	
	— غ —
٢٤٢	الغازات الحادة
٨٧	غازات القتال
	— ف —
٤٥٦	فوق عرطل
٢٧٧	— الفصادة في الصايين بالسكنة والمهدين بها (خطر —
٢٩٨	الفواق الشديد
٢٦٧	— فولكمن في الطرف السفلي (تناذر —
	— ق —
٤٥٦ ، ٣٨٥	تقديم مرضى
٢٥٧	— الاقدام المريج الجراحية في الشلل الطفلي (معالجة —
٤٣٩	— قرحة الاثنا عشري المتنبية (شفاء —
٢٩٦	— القرحة البنية والتهاليت الائمة الثقيلة بمسحوق السولفاميد (معالجة —
٤٤٣	— القرحات التناسلية (الاشتراكات الجرثومية في —
٣٦٥	— القشع وازدياد كس الدم بملسقات الدرق (علاقة —
٣١٧	تقطير الدم
٣٥٦ ، ٣٢٢	التقليد
٢٥٠	تقليد الجروح والأمراض في أثناء الحرب
	— ك —
١٤٦	الكحول وساحة الحلية
٣٠٥	كسور للرفق في الولد
٣٨١	— الكلية والحالب والمهقات البصرى (غية —

الصفحة	
٣٧٨	الكبة البردائية والس
١٤٠	كيسات اقراص الركبة
— ل —	
٢٥٤	التلقيح والشح
٤١٧	التلقيح المضاد للتيفية بذيقانها المطلق الداخلي
٣٣٧	— التهاب الزائدة الحادة (الاستطابات الجراحية في —
٨٠	التهاب ما حول الحشا الالاسق وقولون متحرك
— م —	
٢٩٩	— القرين الضلي (الاضطرابات التي قد تنجم عن —
١٤	— المعدة (حول تثبيت —
— ن —	
٢٧٣	نقل الدم المحفوظ في السريات
٤٥٨	— النوم (بحث غريزي صحي عن —
— ه —	
١٣٧	هذيان النيرة ، قتل ، تبدد قسائي ، مداو بالكا رديازول ، شفاء
— و —	
٢٠	— الودي والغدد الصم (حول جراحة —
٤٠١	— الودي (جراحة —
٤٥١	— الودي لتسكين الألم في ثلاثة مصابين بالسرطان (توسيطات
	على —

فهرس ثان

فيه اسماء كبة المقالات مرتبة على حروف المعجم
الصفحة

البابا (شفيق) ٤٥٨ ، ٤٣١ ، ٤٢١

٨٧ برجس

٣٧٨ ، ٦ ترايو

٤٣٥ تافينار

٣٠ جرس (فهمي)

١٣٧ الحكيم (اسمد)

خاطر (مرشد) ٣ ، ٤ ، ٦٥ ، ١٢٩ ، ٢٠١ ، ٢٥٠ ، ٢٥٤ ، ٢٥٧ ، ٢٦٤ ، ٢٦٧

٢٦٩ ، ٢٧٣ ، ٢٧٥ ، ٢٧٧ ، ٢٧٩ ، ٢٨٦ ، ٢٩٠ ، ٢٩٦ ، ٢٩٨

٢٩٩ ، ٣٠٥ ، ٣١٧ ، ٣٣٧ ، ٣٤٢ ، ٣٤٥ ، ٣٤٧ ، ٣٦٤ ، ٣٦٥

٣٦٩ ، ٣٨٥ ، ٣٨٨ ، ٣٩٧ ، ٤٠١ ، ٤١٠ ، ٤١٢ ، ٤١٥ ، ٤١٧

٤٣٣

خوري (ميشال) ٨٧ ، ١٥٩ ، ٢٢٢

٤٤٣ ، ٣٧١ السادات (منير)

٤٣٩ ، ٥١ سبيح (حسني)

٢٢٧ ، ١٥٩ السعدي (لطف)

١٤٠ ، ٨٠ ، ١٤ شاو

٣٨١ ، ٧٦ شارل

التطلي (شوكت) ٦٧ ، ١١٥ ، ١٣١ ، ١٧٠ ، ١٩٠ ، ٣٢٨ ، ٣٦٨

شوري (منير) ٧٠

الصواف (محمد وحيد) ٢٠ ، ٧٦ ، ١٤٦ ، ١٤٩ ، ١٥٢ ، ١٩٣

الطرقجي (عارف صدقي) ٣٥٦ ، ٣٢٢

عظمه (بشير) ٦

الصفحة

غان	٤٣٥
القباني (نظمي)	٤٥٦ ، ٣٤٩
اقتنواني (شوكت)	٣٨١
لوسركل	٤٥١ ، ٤٠١ ، ٣٨٥ ، ١٩٣ ، ١٤٦ ، ٢٠
المالكي (موفق)	٤٥٨
محرم (محمد)	٢٤٢
مريدن (عزة)	٤٥١ ، ٤٣٥ ، ٣٧٨ ، ١٤٠ ، ٨٠ ، ٩
مونيرو دومان	٤٤٣ ، ٣٧١
نصار (جمال الدين)	١٤

• • •



